

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA**



**TESIS DOCTORAL**

**Relación entre la atención exclusiva de la matrona al  
puerperio de bajo riesgo y el número de mujeres que acuden  
a la urgencia de obstetricia por complicaciones posparto**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR

**Eva Pérez Martínez**

DIRECTORES

**Tomás Sebastián Viana**  
**Ramón del Gallego Lastra**

**Madrid, 2018**

PROGRAMA DE DOCTORADO DE CUIDADOS DE SALUD  
FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA  
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

**RELACIÓN ENTRE LA ATENCIÓN EXCLUSIVA DE LA MATRONA AL  
PUERPERIO DE BAJO RIESGO Y EL NÚMERO DE MUJERES QUE ACUDEN A  
LA URGENCIA DE OBSTETRICIA POR COMPLICACIONES POSPARTO**

**TESIS DOCTORAL**

**Eva Pérez Martínez**

**DIRECTORES**

**Doctor Tomás Sebastián Viana  
Doctor Ramón del Gallego Lastra**

**2016**









## ***AGRADECIMIENTOS***

---

Me gustaría empezar manifestando mi más profundo y sincero agradecimiento a la persona que ha hecho posible que este trabajo se haya hecho realidad, el Dr. Tomás Sebastián Viana. Gracias por haberme cuidado y enseñado de manera desinteresada, con un esfuerzo enorme y con una paciencia infinita. Nunca te lo podré agradecer suficiente, espero que en algún momento te reconozcan como te mereces la labor que realizas para el desarrollo de la investigación en enfermería.

Al Dr. Ramón del Gallego Lastra, por dirigir primero mi proyecto fin de Máster y posteriormente codirigir esta Tesis, brindándome su cariño y su apoyo a lo largo de todo el camino. Gracias por tus conocimientos y por tu tiempo.

A Concha Sanz, por impulsar el proyecto desde el principio con absoluta confianza en mi capacidad para sacarlo adelante y por facilitarme con inmediatez todo lo que le he solicitado a lo largo de estos tres años.

A Francisca Pacheco, por haberme prestado su ayuda para la realización de todas las encuestas a las madres que han participado en el trabajo. Y a todas esas mujeres que quisieron colaborar con nosotras de forma desinteresada.

A mi amiga y compañera, la Dra. Dolores Marín, por su ayuda con la validación del cuestionario utilizado, por su apoyo y por ser un ejemplo a seguir.

A mis compañeras y amigas Isabel Abellán, Fátima Cardesa y Susana Límia, por hacerme sonreír cada día cuando la dureza del trabajo me ha pesado. Gracias por vuestro apoyo.

A las enfermeras y auxiliares de la unidad de hospitalización obstétrica del hospital de Fuenlabrada, por su trabajo diario con las mujeres y sus recién nacidos.

Gracias de corazón al equipo de auxiliares y celadores del paritorio, porque sois imprescindibles para mí y porque siempre estáis cuando os he necesitado.

Gracias a mis compañeras, matronas y matrones del paritorio, por vuestro esfuerzo y valentía para desarrollar competencias que nadie antes había estado dispuesto a

asumir sin reconocimiento alguno a cambio. Habéis sido el pilar de mi trabajo y sois un ejemplo para el resto de matronas españolas.

Y por último, gracias a ti....Dr. Diego Velasco...mi amigo incondicional...por llevarme de la mano desde el inicio de esta loca aventura y por hacerme reír y vivir momentos inolvidables...eres incomparable....Gracias.

Gracias a mi familia, primos y tíos, por admirarme y hacerme creer que soy importante.

A los abuelos por su cariño y ayuda en los momentos de desesperación.

A mis cuñados/as, por compartir conmigo los sinsabores de estos años.

A Ana, por haber sido siempre algo más...y por estar a mi lado cada día sin preguntar...

Gracias a ti, mamá, por enseñarme a ser una luchadora como tú fuiste siempre...

A mis hermanos, Jorge y Manuel, por estar siempre cerca cuando os necesito.

Y a ti, papá, porque pensar en ti me ha hecho fuerte en los malos momentos, te echo de menos...

EVA PÉREZ MARTÍNEZ

“A Marco y Paola, porque sois el motor de mi vida y lo que más he querido nunca”

“A Alberto, la persona más inteligente y buena que he conocido, por caminar siempre a mi lado y hacer que me sienta la persona más importante del mundo”





# ÍNDICE

RESUMEN .....	13
ABSTRACT .....	17
1. INTRODUCCIÓN .....	23
1.1. La figura de la Matrona en la actualidad .....	27
1.2. Competencias y autonomía de las matronas .....	30
1.3. Atención al embarazo, parto y puerperio .....	32
1.4. La Etapa Puerperal .....	33
1.4.1. Depresión posparto .....	37
1.4.2. Problemas relacionados con la lactancia materna .....	38
1.4.3. Lesiones perineales, problemas infecciosos y hemorrágicos .....	39
1.4.4. Enfermedad tromboembólica .....	39
1.4.5. Sexualidad y contracepción .....	40
1.5. Vigilancia y cuidados durante el puerperio clínico. Educación para la salud .....	41
1.6. Indicadores Demográficos y de Salud Perinatal .....	45
1.7. Registros clínicos del Hospital Universitario de Fuenlabrada .....	47
1.8. Embarazo, parto y puerperio en el Hospital Universitario de Fuenlabrada .....	48
1.8.1. Alto riesgo obstétrico .....	49
1.8.2. Bajo riesgo obstétrico .....	49
1.9. Atención puerperal de bajo riesgo en el Hospital Universitario de Fuenlabrada .....	51
1.10. Justificación .....	58
2. HIPÓTESIS .....	65
3. OBJETIVOS .....	69
3.1. Objetivo general .....	69
3.2. Objetivos específicos .....	69
4. MATERIAL Y MÉTODO .....	73
4.1. ÁMBITO DE ESTUDIO .....	73
4.2. DISEÑO DEL ESTUDIO .....	76
4.3. METODOLOGÍA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN .....	79
4.3.1. SUJETOS DEL ESTUDIO .....	80
4.3.2. VARIABLES DE LA ENCUESTA .....	81
4.3.3. RECOGIDA DE DATOS DE LA ENCUESTA .....	83

4.3.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DEL CUESTIONARIO .....	85
4.4. METODOLOGÍA UTILIZADA PARA MEDIR LA FRECUENTACIÓN A URGENCIAS POR COMPLICACIONES PUERPERALES.....	86
4.4.1. SUJETOS DEL ESTUDIO FRECUENTACIÓN A URGENCIAS .....	87
4.4.2. VARIABLES FRECUENTACIÓN A URGENCIAS.....	91
4.4.3. RECOGIDA DE DATOS FRECUENTACIÓN A URGENCIAS.....	93
4.4.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO FRECUENTACIÓN A URGENCIAS .....	94
4.5. ASPECTOS ÉTICOS .....	96
5. RESULTADOS .....	101
5.1. RESULTADOS ENCUESTA DE SATISFACCIÓN .....	101
5.2. RESULTADOS FRECUENTACIÓN A URGENCIAS POR COMPLICACIONES PUERPERALES .....	110
5.2.1. Análisis del número de urgencias por complicaciones puerperales .....	110
5.2.2. Análisis de la media de edad de las mujeres atendidas .....	112
5.2.3. Resultados Área-Zona de Salud .....	113
5.2.4. Resultados Gestación Controlada .....	116
5.2.5. Resultados Curso de la Gestación .....	119
5.2.6. Resultados Primípara .....	123
5.2.7. Variable Sondaje Vesical .....	126
5.2.8. Resultados desgarros y episiotomía .....	129
5.2.9. Resultados Sutura .....	134
5.2.10. Resultados Sexo del Recién Nacido .....	137
5.2.11. Resultados Promoción del vínculo materno filial .....	141
5.2.12. Resultados variable Traslado Neonatal .....	144
5.2.13. Resultados Lactancia Materna .....	147
5.2.14. Resultados variable Puerperio Inmediato .....	154
5.2.15. Resultados variable Evolución Puerperal.....	156
5.2.16. Resultados variable Alta Precoz .....	160
5.2.17. Regresión Logística.....	164
6. DISCUSIÓN .....	169
6.1. Satisfacción de las mujeres atendidas durante el puerperio clínico .....	169
6.2. Frecuentación a urgencias por complicaciones puerperales .....	173
6.3. Limitaciones y Perspectivas futuras .....	179

7. CONCLUSIONES .....	185
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	191
9. ANEXOS .....	207
ANEXO 1: Protocolo alta matrona en la urgencia de obstetricia .....	207
ANEXO 2: Protocolo de atención a la gestante de bajo riesgo en la consulta de la semana 36 y consulta de monitores.....	220
ANEXO 3: Protocolo de visita y alta clínica a cargo de la matrona en hospitalización del HUF .....	225
ANEXO 4: Alta Precoz HUF.....	241
ANEXO 5: DOCUMENTO DE CONSULTA. PUERPERIO FISIOLÓGICO VS PATOLÓGICO .	253
ANEXO 6: Formulario Urgencias Obstetricia (SELENE) .....	267
ANEXO 7: Formulario Gestación Única (SELENE) .....	268
ANEXO 8: Formulario Expulsivo (SELENE).....	269
ANEXO 9: Formulario Puerperio Inmediato (SELENE) .....	270
ANEXO 10: Cuestionario de Satisfacción .....	271
ANEXO 11: Resolución CEIC y Dirección del Centro.....	273
ANEXO 12: Abreviaturas.....	276
ANEXO 13: Figuras y Tablas .....	277
FIGURAS .....	277
TABLAS.....	278



## RESUMEN

Actualmente en España, la atención y el seguimiento de las puérperas de bajo riesgo en las Unidades de Hospitalización Obstétrica es llevado a cabo por los equipos de obstetras y enfermeras no especialistas de los diferentes centros.

El Hospital Universitario de Fuenlabrada, aprobó un protocolo en el año 2014, en el que la matrona, por su cualificación y capacitación, fue propuesta para proporcionar atención al puerperio de bajo riesgo de forma autónoma. Esto implicó, por un lado, la visita diaria de las mujeres (donde además de la exploración para constatar la ausencia de complicaciones, se realizó un refuerzo de educación para la salud individualizado), y por otro, la emisión y firma del informe de alta (competencia delegada del equipo médico).

Tras la puesta en marcha del nuevo protocolo, se consideró imprescindible, en primer lugar, llevar a cabo una evaluación para constatar la aparición de modificaciones en la satisfacción de las pacientes atendidas (importante dato de calidad en cualquier sistema de salud), y por otro lado, evaluar la atención prestada por las matronas del equipo midiendo los posibles cambios en la frecuentación a urgencias por complicaciones puerperales.

### **OBJETIVOS**

Evaluar cambios en la frecuentación a urgencias por complicaciones puerperales y en la satisfacción percibida, en puérperas de bajo riesgo del Hospital Universitario de Fuenlabrada cuando son atendidas por el equipo de matronas.

### **MATERIAL Y MÉTODO**

Para evaluar cambios en la satisfacción percibida por las puérperas del Hospital Universitario de Fuenlabrada (HUF), se diseñó un cuestionario formado por 8 preguntas de tipo Lickert, que se validó mediante prueba de expertos. La fiabilidad se evaluó tanto a nivel de consistencia interna (alfa de Cronbach) como la fiabilidad test retest mediante índice Kappa y coeficiente de correlación intraclase.

Se realizaron extracciones de datos de partos eutócicos con puerperios de bajo riesgo de tres meses previos a la intervención y de tres meses posteriores, en ese periodo hubo 534 casos. Considerando que un 70% de las encuestas tendrían respuestas positivas con una precisión absoluta del 10% y un nivel de confianza del 95%, se estimó que se necesitarían 71 casos. Se pasó el cuestionario mediante encuesta telefónica a una muestra aleatoria de 80 mujeres del grupo control (seguimiento y alta por ginecólogo) y 80 mujeres del grupo intervención (seguimiento y alta por matronas). Se realizaron los contrastes de hipótesis correspondientes en ambos grupos.

Para evaluar los cambios en la frecuentación a urgencias durante el puerperio, se realizó un estudio cuasi experimental de dos grupos con grupo control sin asignación aleatoria (uno con partos bajo riesgo de 1 de marzo de 2013 a 28 de febrero de 2014 y otro con partos de bajo riesgo 1 de marzo de 2014 a 28 de febrero de 2015). La variable principal fueron las visitas a urgencias primeros 40 días post alta. Las variables incluidas en los análisis fueron: reanimación, lactancia materna, área y zona de salud de la mujer, desgarros, episiotomía, lactancia precoz, primípara, promoción vínculo, sonda vesical, sutura, sexo RN, tipo anestesia, reanimación, traslado neonato, lactancia al alta, alta precoz, evolución puerperio inmediato, gestación controlada. Con ellas se evaluó la homogeneidad de los grupos y la interacción y confusión. Con aquellas que se comportaban diferente y/o generaban confusión o interacción se realizó un ajuste multivariante con una regresión logística. Para la validez del modelo, se comprobó la bondad del ajuste con la prueba de Hosmer y Lemeshow.

## **RESULTADOS**

Tras el proceso de validación, el cuestionario de satisfacción resultó fiable y con elevada consistencia interna. Se obtuvieron mejores valoraciones de la satisfacción en las mujeres atendidas por el equipo de matronas, resultando en varias preguntas estas diferencias estadísticamente significativas, como ¿Recomendaría usted este Hospital a personas conocidas?, que contestaron favorablemente las 80 mujeres atendidas por matronas (100%) frente a 74 en el grupo atendido por ginecólogos (92,5%)  $p=0,028$ .

Para estimar cambios en frecuentación a urgencias se revisaron 2621 mujeres, 1308 en el grupo intervención y 1313 en el control. De ellas acudieron a urgencias en los primeros 40 días postparto: 33 en el grupo intervención (2,5%) y 41 en el grupo control (3.1%). Esta diferencia no ha resultado estadísticamente significativa con una  $p$  de 0,354.

El riesgo relativo de esta disminución ha sido de 0,808 con un intervalo de confianza al 95% de (0,514; 1,270). Se observa que la  $p$  no es estadísticamente significativa ( $p=0,345$ ) y el Riesgo Relativo incluye el 1, con lo cual, aunque hayan bajado las urgencias no se puede constatar que los resultados clínicos hayan mejorado. En todo caso estos resultados ponen de manifiesto que con las matronas no han empeorado las complicaciones que requieren atención en urgencias con respecto a las que había cuando atendían estas mujeres los obstetras. El NNT de esta diferencia es de 167, esto supone que hemos disminuido 1 urgencia por cada 167 mujeres atendidas por la matrona con respecto a lo que ocurría cuando la atención la proporcionaba el obstetra.

### **CONCLUSIONES**

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que el grupo de puérperas con seguimiento por matronas, presentó mejores resultados en la percepción de la satisfacción con la atención recibida, que aquellas en las que el seguimiento y alta fue realizado por obstetras.

Con la sustitución del obstetra por la matrona en la atención al puerperio de bajo riesgo en hospitalización obstétrica, se han mantenido los estándares de calidad de la atención, ya que no han empeorado las complicaciones puerperales que requieren la atención en urgencias.

Podríamos afirmar que la matrona proporciona una atención segura y de calidad a puérperas y recién nacidos.





## ABSTRACT

Currently in Spain, the care and follow up of low-risk postpartum women in Obstetric Units is carried out by teams of obstetricians and non-specialists nurses. Fuenlabrada University Hospital approved a protocol in 2014, in which the midwife, given her qualifications and training, was proposed to provide postnatal care to low-risk women autonomously. This involved, on the one hand, the daily visit of women (apart from performing the postnatal check up to verify the absence of complications, an individualized reinforcement in health education was made), and secondly, the issue and signature of the discharge (competency delegated by the medical team).

After implementing the new protocol, it was considered essential to conduct an audit to, first, verify the occurrence of changes in the level of satisfaction of patients treated (important quality data in any health system), and also, to assess the care provided by midwives by measuring changes in emergency room attendance with postnatal complications.

### **OBJECTIVES**

Evaluate changes in emergency room attendance with postnatal complications and perceived satisfaction in low risk postpartum women at Fuenlabrada University Hospital when they are cared by the team of midwives.

### **METHODOLOGY**

To assess changes to perceived satisfaction in postpartum women at Fuenlabrada University Hospital (HUF), a questionnaire consisting of 8 questions Likert type was designed, it was validated by experts. Reliability was assessed at internal consistency level (Cronbach's alpha) and with the test retest reliability using kappa index and intraclass correlation coefficient. Data regarding normal deliveries with low risk postnatal periods was extracted from periods of three months prior and three months after the intervention, during that time there were 534 cases. Considering that 70% of surveys would have positive answers, with an absolute accuracy of 10% and a

confidence level of 95% it was estimated that 71 cases would be needed. The questionnaire was passed by telephone survey to a random sample of 80 women in the control group (followed up and discharged by obstetricians) and 80 women in the intervention group (followed up and discharged by midwives). Corresponding hypothesis contrasts were performed in both groups.

To assess changes in emergency room attendance during the postnatal period, a not randomized, two group quasi-experimental study with control group was performed (one group with low risk deliveries from 1st March 2013 to 28th February 2014 and another with low risk deliveries from 1st March 2014 to 28th February 2015). The primary endpoint was emergency room attendance in the first 40 days after discharge. The variables included in the analysis were: resuscitation, breastfeeding, area and women's health zone, perineal tears, episiotomy, early breastfeeding, primiparous women, bonding, urinary catheter, need for suturing, neonatal sex, type of analgesia/anesthetic used, neonatal transfer, breastfeeding at discharge, early discharge, immediate postnatal period progress and pregnancy control.

With these variables the homogeneity of the groups and their interaction and confusion were assessed. With those which behaved differently and / or generated confusion or interaction a multivariate adjustment was performed using logistic regression. For the validity of the model, the goodness of the fit was checked with the Hosmer-Lemeshow test.

## **RESULTS**

After the validation process, the satisfaction questionnaire was reliable and with high internal consistency. best ratings of satisfaction were obtained in women cared by the team of midwives, resulting in several questions with statistically significant differences like, "Would you recommend this hospital to people you know?", this question was favorably answered by the 80 women attended by midwives (100%) versus 74 in the group treated by obstetricians (92.5%)  $p = 0.028$ . To estimate changes in emergency room attendance 2621 women were reviewed, 1308 in the intervention group and 1313 in the control group. 33 women in the

intervention group (2.5%) visited an emergency department in the first 40 days postpartum versus 41 in the control group (3.1%). This difference has not been statistically significant with  $p=0.354$ .

It is noteworthy that although the  $p$  is not significant, there has been an improvement in the number of emergency visits, having declined in both absolute and relative value the number of women attending the emergency department in the group cared by midwives. The relative risk of this decline has been of 0.808 with a confidence interval of 95% (0.514 to 1.270), this represents a relative risk reduction of 19.2% and an absolute risk reduction of 0.6%. The NNT for this difference is 167, this means that we have decreased 1 emergency room visit per every 167 women attended by midwives in relation to what happened when care was provided by the obstetrician.

### **CONCLUSIONS**

The results obtained show that the group of postnatal mothers looked after by midwives had better results in the perception of satisfaction with the care they received, than those in which monitoring and discharge was performed by obstetricians.

Replacing obstetricians by midwives in the care of low risk postpartum women in obstetric units, does not only not worsen the care provided, but the results obtained suggest that, at least in the need of emergency care, it could mean an improvement. We could say that the midwife provides safe, quality care to postpartum women and newborns.



# INTRODUCCIÓN



## 1. INTRODUCCIÓN

A lo largo de los años, la atención a la salud sexual y reproductiva de la mujer ha ido experimentando modificaciones cuyas implicaciones han transformado el significado de la maternidad, entendida como un concepto continuo, que engloba todo el proceso de gestación, parto y puerperio. Dentro de esta transformación, influenciada sin duda por el contexto sociocultural del que se nutre, debemos destacar el papel de agentes de cambio que, como escribe Montes Muñoz (2007), están desarrollando tanto algunos profesionales como las propias mujeres (1).

Desde la antigüedad, el cuidado de la mujer se documenta como una tarea a cargo de otras mujeres, no cualesquiera, sino mujeres expertas generalmente de más edad. Comadronas o parteras, que en entornos íntimos, prestaron apoyo al nacimiento y dolencias femeninas, y que a lo largo de la historia fueron adquiriendo formación y mayores conocimientos que las convirtieron a ojos de los demás en especialistas (1,2).

Ya en la Edad Media, las matronas desarrollaban funciones que se han extendido hasta nuestros días y que en la actualidad se corresponderían con las recogidas en los programas de formación de las especialistas actuales: asistencial, jurídico-legal, docente, religiosa... (2). Esto careció de difusión pública en periodos posteriores a causa del sesgo de género acaecido históricamente, que contribuyó a que las labores y el saber de aquellas parteras quedase enturbiado por el manto de una supuesta escasa y dudosa formación, a la que no tuvieron pleno acceso hasta muchos años después. Hecho que, como detalla Valle Racero (2002), ha implicado una merma indudable en su fuerza como colectivo (1,3).

Así, hasta el siglo XVII, en el que los varones irrumpen con la instrumentalización de los partos difíciles y el proceso de parir deja de ser un acto particular, pasando a tener un significado social distinto, la matrona fue la encargada de asistir a la mujer. Desde entonces, quedan limitadas a la asistencia de los partos normales, hecho que llega en igual condición hasta nuestros días (1).



A pesar de la evolución del ejercicio de la partería en los países desarrollados, los partos atendidos por parteras tradicionales (que no “parteras profesionales”) no son algo residual o anecdótico en otros menos evolucionados, llegando en los países más empobrecidos a representar cerca del 80% del total de partos (4).

A principios del pasado siglo, con los avances de la medicina y la medicalización del parto, las mujeres pasaron de parir en sus domicilios (acto íntimo del que eran testigos tan solo los más allegados al evento) a buscar asistencia en las maternidades, pretendiendo así, un entorno más seguro para la madre y el recién nacido (5).

Hecho este, que sin duda, tuvo como reflejo, una pérdida del control de decisión de las mujeres, que quedaron en manos de los “sabios” llamados profesionales de la salud, quienes ostentaban el poder del conocimiento y de la información y que utilizaron la ignorancia científico-técnica de éstas para otorgar un nuevo significado al proceso de maternidad (6).

Durante todo el siglo XX, las futuras madres han ido trasladándose a los centros sanitarios, casas de partos,... y con ello su atención se ha ido diversificando entre los distintos profesionales y modalidades que cada uno ofrece, partos de baja intervención, partos instrumentados, partos con o sin analgesia epidural, cesáreas,... Hecho que también ha influido en la evolución de la etapa puerperal, periodo de importante vulnerabilidad para la mujer y pareja.

A partir de los años 70, se producen movimientos que transforman las necesidades expresadas por las mujeres, lo que conmueve la conciencia social y promueve intenciones de cambio dirigidas hacia el respeto a la mujer y su entorno desde organismos internacionales (Cuarta Conferencia Mundial sobre La Mujer, 1995), estos documentos recogen claras alusiones referentes a la salud sexual y reproductiva (6,7). En 2014, la revisión de Petra ten Hoop-Bender, et al., recoge datos de la OMS (El Estado de las Parteras en el Mundo, 2014) que describen como la salud reproductiva, maternal y del recién nacido son una prioridad mundial global, y como las matronas desempeñan un papel fundamental en todos estos procesos y sus resultados, proporcionando un aumento de las capacidades de autocuidado de mujeres y sus

comunidades. Si bien el documento hace referencia fundamentalmente a países en vías de desarrollo, debemos considerarlo una oportunidad de transformación de la salud, la educación y los sistemas sociales de mujeres y recién nacidos del resto del mundo (8,9).

España se implica también y en 2007 siguiendo las recomendaciones de la OMS, propugna cambios en la atención a la gestación, parto y puerperio, publicando desde el Ministerio de Sanidad, la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN), a partir de la cual, la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) elabora la Iniciativa al Parto Normal (IPN) en ese mismo año (10,11).

El objetivo de ambas publicaciones fue ofrecer una asistencia a los procesos de gestación, parto y puerperio, más fisiológica y humanizada.

A su vez, se impulsó económicamente a las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas para favorecer la adaptación de los centros a las nuevas recomendaciones y para la formación de los profesionales en dichas líneas de atención (12).

Las distintas Comunidades Autónomas, a partir de la transferencia de competencias en materia sanitaria, han desarrollado diferentes maneras de control y seguimiento del embarazo, de manera que las mujeres recibirán información y cuidados diferentes dependiendo de la zona geográfica en la que residan y de los profesionales por las que sean atendidas (13-16).

Al amparo de estas recomendaciones, en nuestro país, comienzan a hacerse visibles cambios en los modelos de atención a la mujer durante este proceso, a través de nuevos protocolos y vías clínicas que al ser evaluadas arrojan resultados ventajosos para la atención que proporcionan las matronas basados en evidencia científica. Así, por ejemplo, Iglesias Casás, et al en el año 2009 (17), describen como la vía clínica implantada en su centro se basa en la autonomía de las matronas en el control del parto normal, y cómo éste hecho, pretende aumentar el protagonismo y satisfacción de mujeres y parejas. Entre sus conclusiones aportan el sentimiento de cambio

necesario en las maternidades españolas, para dirigirlas hacia prácticas más respetuosas y humanizadas, que cada vez son más demandadas por las usuarias.

Otro hecho que verifica el movimiento de cambio emergente entre la población más joven es la aparición de asociaciones como “El parto es Nuestro”, que visibiliza la participación de las mujeres y parejas en la toma de decisiones en el nacimiento de sus hijos y defiende sus derechos (18).

Es relevante la idea de que los cambios que se producen durante el proceso de maternidad pueden ser causantes de etapas de crisis para mujeres y familias. El papel de los profesionales sanitarios como agentes de salud lleva implícito un correcto análisis e integración de necesidades y cuidados, además de una estrecha vigilancia. Estos deben ofrecer al usuario herramientas de afrontamiento positivo, para lograr su participación y que el resultado sea de máxima implicación y óptimo desarrollo de cada etapa. Tendrán por tanto, que ser capaces de conseguir que puedan tomar decisiones informadas (19).

En este sentido, cabría preguntarse cómo alcanzar ese objetivo. Un factor que lo complicará sin duda, es la variabilidad socio cultural de la población a la que se han de enfrentar los profesionales. El acceso a la mujer y su entorno, importante instrumento para favorecer el intercambio de información en cualquiera de las etapas de la atención materno infantil, implica comprender las particularidades de cada una respetando sus decisiones (6). Si no se consigue esto, acceder a que expresen sus necesidades y expectativas será una ardua tarea para los profesionales.

Así, de manera tradicional, los mensajes que aquellos profesionales que imparten educación para la salud pretenden transmitir, rara vez se basan en las necesidades expresadas por los usuarios. Esto no debería ser así, se debe imponer que mujeres y parejas aumenten la confianza en sus propias capacidades para afrontar las etapas de gestación, parto y puerperio; favorecer su seguridad y que comprendan sus propias necesidades bio/psico/sociales (20).

### 1.1. La figura de la Matrona en la actualidad

En la actualidad en España, las matronas han quedado relegadas casi en exclusiva a los paritorios de los hospitales, tanto grandes como pequeños, y a las consultas (en los casos y localidades en que las hay) de los centros de Atención Primaria.

Si se pregunta a la población si conoce la labor de la matrona de su centro o la del hospital, o si sabe que la matrona está capacitada para atender a las mujeres menopáusicas, a las adolescentes, a las que han parido recientemente, que puede y debe vigilar la salud sexual, el control de la natalidad y la planificación familiar..., probablemente se encuentre con una rotunda negativa... (21).

Esto se ha debido en parte al bajo número de profesionales formados en nuestro país hace unos años y a la escasa difusión de su trabajo. Actualmente no es así, el número de especialistas vuelve a ser suficiente para que se cubran de nuevo los puestos de trabajo para los que están capacitadas y para que se hagan avances en investigación y se difundan adecuadamente, para que la población los conozca y sienta la necesidad de disponer de matronas en su entorno de salud.

La Asociación de Matronas de Madrid publicó en 2011 el documento “Conoce a tu Matrona”, con el que pretendió informar a la población por escrito de las funciones de las enfermeras obstétrico ginecológicas, repartiéndolo en todas las consultas y centros susceptibles de proporcionar atención de cualquier tipo a mujeres y familias (22). La matrona es un profesional reconocido internacionalmente en todos los sistemas sanitarios. Está considerada una figura esencial que incide en un ámbito social tan importante como el de la maternidad y la atención integral durante el ciclo vital de la mujer en todas sus fases: salud reproductiva, climaterio y sexualidad (21).

Según la International Confederation of Midwives (ICM) (23), matrona se define como:

*“Una matrona es una persona que, habiendo sido admitida para seguir un programa educativo de partería, debidamente reconocido por el Estado, ha terminado con éxito el ciclo de estudios prescritos en partería y ha obtenido las calificaciones necesarias que*

*le permitan inscribirse en los centros oficiales y/o ejercer legalmente la práctica de la partería. La matrona está reconocida como un profesional responsable y que rinde cuentas y que trabaja en asociación con las mujeres para proporcionar el necesario apoyo, cuidados y consejos durante el embarazo, parto y el puerperio, dirigir los nacimientos en la propia responsabilidad de la matrona y proporcionar cuidados al neonato y al lactante. Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción de nacimiento normal, la detección de complicaciones en la madre y niño, el acceso a cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia. La matrona tiene una tarea importante en el asesoramiento y la educación para la salud, no sólo para la mujer, sino también en el seno de sus familias y de la comunidad. Este trabajo debe incluir la educación prenatal y preparación para la maternidad y puede extenderse a la salud de mujeres, la salud sexual o reproductiva, y el cuidado de los niños. Una matrona puede ejercer en cualquier emplazamiento, incluyendo la casa, la comunidad, los hospitales, las clínicas o las unidades de salud”*

Esta definición también ha sido aceptada por la Asociación Europea de Matronas (EMA) y la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) (24). La EMA, regula a nivel europeo la especialidad de enfermería obstétrico ginecológica a través de la Directiva 2013/55/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales (25). Según refleja el BOE num. 129, del 6 de mayo de 2009 (21), el perfil competencial de la matrona determina que tras la finalización de su programa formativo estará capacitada para:

- a) *“Participar y, en su caso, liderar y dinamizar programas de salud materno-infantil, atención a la mujer y de salud sexual y reproductiva.*
- b) *Prestar atención al binomio madre-hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el embarazo, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados.*
- c) *Prestar atención al binomio madre-hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el parto, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados.*
- d) *Prestar atención al binomio madre-hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el puerperio, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados.*

- e) *Prestar atención al neonato dirigida a favorecer los procesos de adaptación y detectar precozmente las situaciones de riesgo.*
- f) *Detectar precozmente los factores de riesgo y problemas de salud en el binomio madre-hijo durante el embarazo, parto y puerperio, llevando a cabo actividades de diagnóstico, control, derivación y seguimiento de los mismos, y, en caso necesario, tomar las medidas de urgencia oportunas.*
- g) *Realizar una adecuada educación para la salud a la mujer, familia y comunidad identificando las necesidades de aprendizaje en relación con la salud materno-infantil, la salud sexual, reproductiva y en el climaterio, llevando a cabo los diferentes programas educativos relacionados con las necesidades detectadas.*
- h) *Realizar consejo afectivo sexual y consejo reproductivo a la mujer, jóvenes y familia.*
- i) *Promover una vivencia positiva y una actitud responsable de la sexualidad en la población y asesorar en materia de anticoncepción.*
- j) *Realizar actividades de promoción, prevención y colaborar en las actividades de asistencia y recuperación de la salud sexual, reproductiva y del climaterio de la mujer.*
- k) *Detectar en la mujer factores de riesgo genético y problemas ginecológicos, para derivar, en su caso al profesional competente.*
- l) *Aplicar los principios del razonamiento clínico, detección de problemas, toma de decisiones, plan de actuación y cuidados y evaluación, adecuados a las diferentes situaciones clínicas en el ámbito de actuación de la matrona.*
- m) *Establecer una comunicación efectiva con la mujer, familia y grupos sociales.*
- n) *Trabajar y comunicarse de forma efectiva con el equipo de salud.*
- o) *Ejercer la profesión de matrona de forma ética en base a la legislación vigente y asumir la responsabilidad derivada de sus actuaciones.*
- p) *Asesorar sobre la legislación vigente encaminada a proteger los derechos de la mujer y su familia.*
- q) *Gestionar las actividades y recursos existentes en el ámbito de la atención de salud materno-infantil y la atención de salud sexual y reproductiva.*
- r) *Emitir los informes necesarios y registrar de forma efectiva las actividades realizadas.*

- s) *Llevar a cabo actividades docentes dirigidas a las propias matronas y otros profesionales de la salud, en cualquiera de sus niveles.*
- t) *Desarrollar actividades de investigación encaminadas a la mejora continua de la actividad profesional, y por tanto, del nivel de salud de la mujer y del recién nacido.*
- u) *Realizar una práctica clínica basada en la evidencia científica disponible.*
- v) *Mantener actualizadas las competencias profesionales.*
- w) *Liderar y desarrollar la especialidad mediante el compromiso profesional.”*

Como se puede apreciar, este perfil de competencias justifica en los puntos a, d, e, f, h, l, m, q y r, la atención materno infantil en las unidades de hospitalización obstétrica de forma totalmente autónoma (21).

## **1.2. Competencias y autonomía de las matronas**

Como ya se ha apuntado anteriormente, las matronas son profesionales reconocidos y valorados en todo el mundo. Pero si se analiza su situación real, no en todos los países pueden desarrollar su profesión con el mismo grado de autonomía a pesar de tener las mismas competencias profesionales.

El término “Autonomía”, según la Real Academia de la Lengua Española, se define como la “condición de quién, para ciertas cosas, no depende de nadie”.

En una reciente revisión de la revista Nuberos (26), sus autoras describen como las competencias de las matronas son constantes en todo el mundo, pero no así su grado de autonomía profesional. Muestran como el ejercicio de las competencias variará de unos países a otros influenciadas por multitud de factores (políticas, dotación de recursos, demanda social,...). Éste dato apoya de nuevo la necesidad de visibilizar la figura de la matrona para que la demanda de la población haga que estas profesionales sean necesarias por su cualificación, accesibilidad, coste,...

Además concluyen que contrariamente a lo que cabría pensar, la autonomía de la matrona disminuye a medida que aumenta el desarrollo del país, de manera que

donde mejor formadas están y donde más desarrolladas están sus competencias, menor grado de autonomía poseen.

También hay autores que afirman que, al igual que en el siglo XVIII hubo un proceso de desplazamiento de la partería en un contexto de lucha por un espacio laboral propio, de reconocimiento social e implicación económica, en la actualidad podría también estar ocurriendo algo similar (4).

En cuanto al significado de “competencia profesional”, Mercedes Gómez del Pulgar (27), hace una distinción fundamental entre capacidad, cualificación y competencia profesional, describiendo ésta última como el conjunto de conocimientos, destrezas y aptitudes del individuo, desarrollados en el marco de un entorno profesional con organización propia y con libre planificación de su trabajo.

Además hace una interesante aportación sobre el significado del término, añadiendo que la persona que manifiesta cierta capacidad o destreza en el desempeño de una tarea, podría demostrar que ésta es evaluable. Así, quedaría demostrado que posee cierto grado de dominio sobre la competencia evaluada.

En el trabajo de Fullerton et al (28), se refleja “competencia” como un término multidimensional, que implica integrar conceptos, relacionarlos y traducirlos en acción. De este modo, la persona competente podría aplicar todos esos conocimientos y recursos movilizados a situaciones específicas.

Por su parte la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA), define el término competencia como “conjunto de conocimientos, habilidades y destrezas relacionadas con el programa formativo, que capacitan al alumno para desarrollar las tareas profesionales recogidas en el perfil de egreso del programa” (29).

En España, la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en su artículo 42 (evaluación de competencias), define la “competencia profesional” como la aptitud de los profesionales sanitarios para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y



actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para la resolución de problemas (30).

La matrona sería por tanto, un profesional *competente* para atender el puerperio en las unidades de hospitalización obstétrica de forma totalmente autónoma, aunque en España no goza del grado de *autonomía* suficiente para el desarrollo de esta labor en la mayoría del territorio nacional.

### 1.3. Atención al embarazo, parto y puerperio

En España, la atención perinatal, ha sido desde hace años proporcionada por equipos multidisciplinares, formados por médicos de Atención Primaria (AP), matronas, obstetras y enfermeras de Atención Especializada (AE).

En Atención Primaria, el programa de atención a la mujer, asume el control del embarazo de *bajo riesgo obstétrico*, la atención preconcepcional, la educación maternal y la visita puerperal como parte de sus actividades. Y es llevado a cabo por médicos de AP y matronas en los Centros de Salud (16,31).

En Atención Especializada, el seguimiento del embarazo de *bajo riesgo* corre a cargo de obstetras en los centros de especialidades adscritos a los distintos hospitales y de las matronas de AP. La atención de *alto riesgo* es llevada a cabo íntegramente en los centros hospitalarios (matronas y obstetras de AE).

Este sistema de seguimiento presenta variaciones dependiendo de las distintas Comunidades Autónomas a causa de la transferencia de competencias en materia sanitaria. Pero en todas ellas, el contenido está basado en la Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad (2007), a partir de la cual, cada comunidad ha ido desarrollando sus guías y protocolos de atención en función de sus características. También las distintas asociaciones profesionales han ido haciendo sus aportaciones en esta misma materia (11,32).

De esta forma, las matronas de los centros hospitalarios desarrollan su labor asistencial casi en su totalidad en los paritorios, donde prestan atención al parto de bajo riesgo, y en los servicios de urgencias obstétrico-ginecológicas, acompañadas de enfermeras no especialistas, auxiliares y obstetras. En algunos centros se las ubicó también en unidades de Hospitalización Obstétrica (puerperios, gestaciones de alto riesgo,...) o salas de expectantes, pero son excepcionales y suelen ser centros grandes con volúmenes de pacientes muy elevados, como por ejemplo, el Hospital La Paz de Madrid. En el resto de hospitales, las enfermeras generalistas son las que desempeñan sus funciones en dichas unidades.

El puerperio clínico es atendido en las diferentes unidades de hospitalización obstétrica. Estas están compuestas por enfermeras no especialistas, auxiliares y facultativos.

También las matronas de AP ubicadas en centros de salud hacen seguimiento del puerperio normal cuando las pacientes son dadas de alta en los hospitales (“visita puerperal en el primer mes posparto para valorar el estado de salud de la mujer y del recién nacido”) (31).

En el catálogo de prestaciones comunes del Sistema Nacional de Salud (Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud) quedan recogidas todas las referentes a la gestación, parto y puerperio en atención especializada y primaria (31).

Los centros de AE y AP, están estructurados por Áreas de Salud y dentro de cada una de ellas, ambos niveles asistenciales están perfectamente coordinados para proporcionar continuidad asistencial en dichos procesos (33).

#### **1.4. La Etapa Puerperal**

El *puerperio* es un proceso fisiológico que comprende desde la finalización del parto hasta la aparición de la primera menstruación. La definición clásica de puerperio incluye el período transcurrido desde la finalización del parto hasta cuarenta días después del mismo.

Es una etapa en la que se producen grandes cambios fisiológicos y psicológicos en la mujer. Físicamente, tras el parto vuelve gradualmente al estado no grávido y se prepara para establecer la lactancia materna. Psicológicamente, se desarrollan conductas para la adaptación a los cambios acaecidos y a la creación de los lazos afectivos con el neonato (34).

Su duración aproximada es de 40 días o 6 semanas, que se dividen según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) (35) en:

- ***puerperio inmediato***, que comprende las primeras 24 horas (durante el cual, el útero consigue la hemostasia definitiva)
- ***puerperio clínico***, que va desde el final del puerperio inmediato hasta que la mujer es dada de alta del medio hospitalario. La duración aproximada es de 2 a 4 días habitualmente
- ***puerperio tardío***, cuyo final coincide con la aparición de la primera menstruación

En la práctica clínica habitual, el periodo puerperal se divide fundamentalmente en dos fases:

- ***puerperio inmediato precoz***, que comprende las primeras 2 horas tras el alumbramiento y se lleva a cabo en la Unidad de Partorio. Durante este periodo, la mujer y el recién nacido son atendidos por las matronas del servicio de paritorio
- ***puerperio clínico***, que abarca desde la finalización del puerperio inmediato precoz hasta el momento de alta clínica (habitualmente a las 48 horas posparto en caso de partos vaginales y 3-4 días para las cesáreas). Éste periodo transcurre en el servicio de Hospitalización Obstétrico-Ginecológica y es atendido por enfermeras generalistas y matronas de la unidad de hospitalización (en caso de haberlas)

Los profesionales deben proporcionar un abordaje biopsicosocial durante esta etapa debido a la magnitud de los cambios que se producirán tanto para las mujeres como

para la familia al completo (36). Para poder llevarlo a cabo será imprescindible conocer las características de los procesos normales que acontecerán y las necesidades a las que se tendrá que proporcionar cobertura.

Un objetivo prioritario para los profesionales será ofrecer ayuda para la adopción de comportamientos saludables para ellas mismas y sus recién nacidos. Hay estudios que hacen hincapié en que este tipo de comportamientos ya se manifestaron durante el desarrollo de la gestación (37), en ese caso el objetivo sería promocionarlos y mantenerlos. Habrá una dificultad añadida, ahora las madres habrán de enfrentarse a su autocuidado más el de su hijo, y en otro plano al nuevo ambiente familiar. Aun así, será una etapa de alta receptividad para los consejos de salud (Figura1).

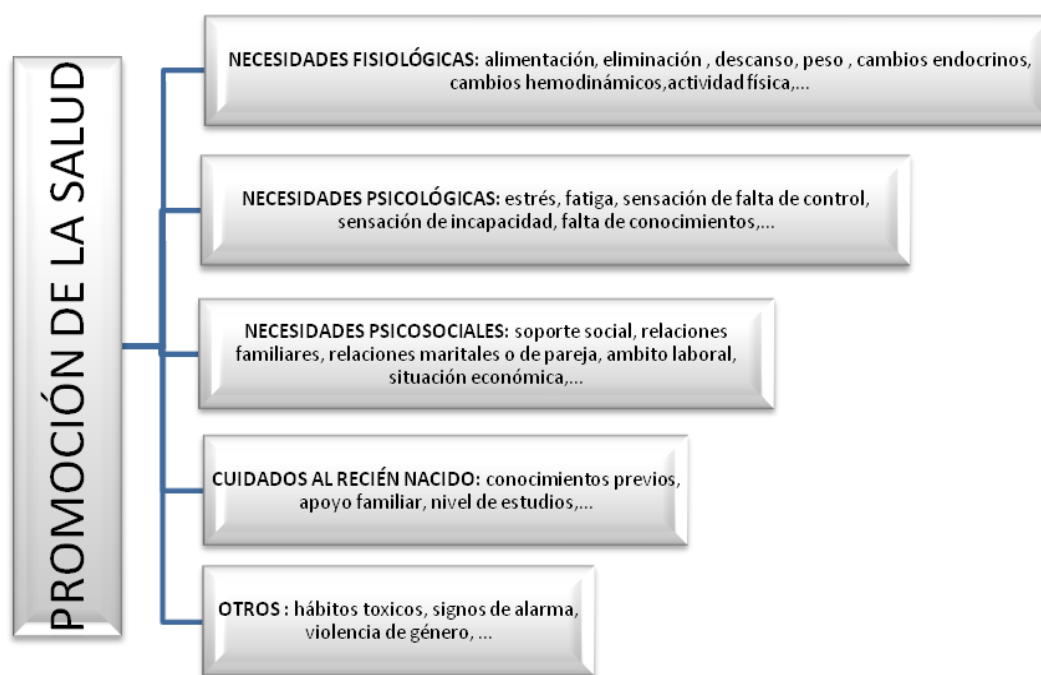


Figura 1. Promoción de la salud puerperal. (Elaboración propia)

Por otra parte, las necesidades durante el puerperio van a ir cambiando con el paso de los días y se verán influenciadas por las experiencias previas de cada mujer (hijos anteriores,...), por el tipo de parto acontecido (vaginal, instrumental, cesárea) y por la existencia de complicaciones asociadas.

Los cambios serán más importantes cuanto más desfavorable haya sido el proceso de parto (38).

Existe evidencia de que durante los primeros días las mujeres están muy receptivas a la información que proporcionan los profesionales y se centran en el cuidado de sí mismas (suturas, cicatrices, complicaciones, necesidades fisiológicas...), posteriormente su centro de atención girará en torno al cuidado del recién nacido (39).

Todo este proceso estará también determinado por el entorno que les rodea (madres, hermanas,...), que en ocasiones tiene como resultado informaciones erróneas y contradictorias que perjudican una evolución normal. En algunos casos, proporcionar información con la familia presente aportará beneficios.

Hay estudios que confirman que las mujeres en la etapa puerperal se enfrentan a problemas de salud física y psicológica importantes, a veces ocasionados por el tipo de educación recibida al respecto, que les genera falta de confianza en sí mismas y que hace si cabe más necesaria la intervención profesional. Además las propias pacientes manifiestan la necesidad de refuerzo educacional antes de ser dadas de alta hospitalaria tras el parto (40).

También la evidencia demuestra que las primíparas demandarán más información que las que han tenido más hijos y darán importancia a un mayor número de aspectos relacionados con la crianza y su propio cuidado (41).

Los problemas a los que las mujeres se tendrán que enfrentar a lo largo del puerperio son variados pero los que con más frecuencia manifiestan durante el puerperio clínico tienen relación con el dolor perineal (directamente proporcional al grado de lesión que presenten y al tipo de parto), con la lactancia materna (dolor, grietas,...), la fatiga (duración del trabajo de parto, falta de descanso, grado de anemia,...), adaptación al rol de madres,...También los relacionados con el cuidado del recién nacido (llanto,

alimentación, peso,...) y preocupación por la vuelta al domicilio donde ya no dispondrán de soporte profesional (41).

Un estudio reciente realizado en Cataluña (12), confirma que los principales motivos de consulta materna a lo largo del puerperio fueron problemas relacionados con la tristeza puerperal, el dolor perineal, los loquios y todo lo relacionado con la lactancia materna (ingurgitación, mastitis, dolor y grietas en el pezón,...) y enfatiza la satisfacción de las mujeres en relación con la atención recibida por parte de las matronas para la consulta y resolución de los mismos.

Aunque los cuidados durante la estancia hospitalaria girarán alrededor de las incidencias ya comentadas, hay que pensar que cuando las mujeres abandonan el entorno hospitalario, la seguridad desaparece por completo y quedan a merced de sus propios conocimientos y los de las personas que les rodean. Además las necesidades van a ir cambiando y a la vez que desaparecerán muchos problemas del inicio de la etapa maternal, otros podrán aflorar.

#### 1.4.1. Depresión posparto

Una de las complicaciones más importantes que pueden aparecer tras la vuelta al domicilio es la depresión posparto, que afecta a una de cada siete mujeres y que si no se trata precoz y adecuadamente, produce efectos que pueden llegar a ser devastadores para las madres, neonatos y familias (42,43). La consulta a personal cualificado será determinante para la detección precoz, la evolución y el pronóstico.

Revisiones consultadas confirman la alta prevalencia de este trastorno durante el periodo puerperal (especialmente en madres adolescentes o con bajos recursos económicos), acercándose al 20%. Suele aparecer en las semanas siguientes al parto y la herramienta utilizada para su detección es la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo. Es importante destacar la importancia de la prevención a través de la educación para la salud durante el periodo gestacional y el puerperio inmediato (44).

La psicosis puerperal (menos frecuente) también aparecerá en las primeras semanas y podría acarrear graves consecuencias para madres e hijos. Requerirá ingreso hospitalario y tendrá mejor pronóstico cuanto más precoces sean la detección y el tratamiento (45).

#### 1.4.2. Problemas relacionados con la lactancia materna

Otra complicación muy frecuente son los problemas relacionados con la lactancia materna, que en muchos casos puede pasar de ser algo deseado y gratificante para la madre a ser un factor desencadenante de ansiedad o trastornos emocionales y psicológicos más importantes (como un estado depresivo). Los estudios revelan la existencia de algún tipo de problema hasta en el 80% de las mujeres y recién nacidos (46).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la lactancia materna, es sin duda, el mejor alimento para los recién nacidos. Se recomienda en exclusiva hasta el sexto mes de vida y hasta los dos años complementada (47,48).

Uno de los motivos alegados con más frecuencia en casos de abandono temprano de la lactancia, es la creencia materna de que no producen suficiente leche para alimentar a su hijo (49). Esto a veces se verá reforzado por opiniones de familiares cercanos e incluso de personal profesional. Hay que instruir a mujeres y familias en la lactancia a demanda, que proporcionará la cantidad de leche necesaria para cada lactante (autorregulación).

Las grietas en el pezón serán otra de las preocupaciones de los primeros días posparto. Suponen dolor para la madre y mal sabor de la leche para el recién nacido (asociado al sangrado) (50). Es un problema evitable secundario a posiciones incorrectas del neonato durante el enganche (51).

También la ingurgitación mamaria y las mastitis van a constituir una de las primeras causas de consulta a urgencias durante las primeras semanas. Es esencial la prevención a través de la educación para la salud debido a que serán problemas que aparecerán

cuando las pacientes ya están de alta en el domicilio y por lo tanto con menos acceso a la información profesional (52). Estos problemas de lactancia se podrían prevenir corrigiendo la posición durante el enganche al pecho, lo que facilitaría un drenaje mamario más eficaz, así como favoreciendo la lactancia a demanda (53).

#### 1.4.3. Lesiones perineales, problemas infecciosos y hemorrágicos

En cuanto al trauma perineal, los problemas más frecuentes corresponden a dolor e infecciones (0,3-5%). Esto se relaciona directamente con el tipo de parto, de desgarro o la existencia de episiotomías. En algunos casos, además del tratamiento combinado de antibióticos y antiinflamatorios es necesario el drenaje de colecciones locales e incluso la resutura (35).

Infecciones como las endometritis son más excepcionales (la literatura arroja una incidencia de entre el 6 y el 9% para partos vaginales). Pueden asociarse a indicadores de calidad de las instituciones por aparecer ligadas a tactos vaginales repetidos, a tiempos prolongados de bolsa rota, retención de restos (en resumen, a una mala praxis) (54).

La hemorragia posparto que se presenta cuando las pacientes han sido dadas de alta sería otro incidente secundario generalmente a la retención de restos placentarios y, por supuesto, motivo de consulta a urgencias. Debemos dar la importancia adecuada a la hemorragia que no cede o reaparece en el domicilio porque en casi todos los casos precisará tratamiento médico y en algunos incluso quirúrgico (legrado, histerectomía,...) (55).

#### 1.4.4. Enfermedad tromboembólica

Entidades menos frecuentes, que no menos severas, serían la enfermedad tromboembólica, cuya frecuencia de aparición está aumentada durante el puerperio, o la trombosis venosa profunda. La profilaxis para ambas sería la deambulación precoz



tras el parto y la utilización de medias de compresión (en ausencia de otros factores de riesgo) (35).

#### 1.4.5. Sexualidad y contracepción

Cuando las pacientes están de alta en el domicilio y mejora su estado de salud, demandarán información sobre relaciones sexuales y anticoncepción.

En cuanto a las relaciones sexuales, suelen interrogar a los profesionales sobre el momento de reanudación de las mismas. La calidad de la vivencia sexual en esta nueva etapa estará relacionada con factores previos al embarazo y al parto y tendrá multitud de matices individuales (56,57). También el tipo de parto, sin duda, va a condicionar esta etapa a causa de las heridas perineales.

De manera general podrían reanudar las relaciones coitales cuando las lesiones perineales (en caso de existir) estén completamente cicatrizadas y el flujo deje de ser sanguinolento.

En relación con la planificación familiar posparto, es necesario que los profesionales realicen un buen asesoramiento con mujeres y parejas. El motivo es que no está claro cuando pueden aparecer las primeras ovulaciones y con ellas el riesgo de gestaciones no deseadas.

Los estudios reflejan que aunque, de forma general, no habrá ovulaciones fértiles antes de las primeras seis semanas posparto (en madres que no dan lactancia materna), en algunas mujeres esto puede ocurrir con antelación y no se puede prever (58).

Los embarazos no planificados pueden suponer un grave riesgo para la salud de madres e hijos (59).

Según datos de la encuesta demográfica y de salud de 27 países, el 95 % de las mujeres durante los primeros 12 meses posparto desean evitar el embarazo, pero el 70 % no utilizan ningún método anticonceptivo (60).

Los embarazos con periodos intergenésicos de menos de un año son los que conllevan mayores riesgos perinatales. Si las parejas lograsen espaciar las gestaciones más allá de los 24 meses, según datos de la OMS, se podría reducir la mortalidad materno infantil en porcentajes significativos (60).

Un aspecto que preocupa a las parejas es la compatibilidad del método utilizado con la lactancia materna, en referencia a la seguridad de madres y recién nacidos.

En general, en mujeres que amamantan y demandan anticoncepción oral, mejoraremos la seguridad con preparados que no contengan estrógenos (solo progestágenos) debido al riesgo aumentado de enfermedad tromboembólica. Además, la mayoría podrían comenzar a ser administrados a las seis semanas del parto (61,62).

El método anticonceptivo más recomendado por su eficacia, ausencia de riesgos y facilidad de utilización es el preservativo masculino. Además no debemos olvidar la importancia de la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), este aspecto también quedaría cubierto en estos casos (59).

En el caso de los Dispositivos Intrauterinos (DIU), la evidencia dice que no está aumentado el riesgo de infección materna cuando son insertados durante el periodo posparto, pero sí que hay una mayor tasa de expulsión de los mismos (63).

### **1.5. Vigilancia y cuidados durante el puerperio clínico. Educación para la salud**

El puerperio clínico de los partos normales acontece en las unidades de hospitalización obstétrica durante aproximadamente 48 horas, en algunos centros las pacientes de bajo riesgo sin complicaciones abandonan el hospital a las 24 horas (alta precoz) (64).

Generalmente en ellas, las mujeres y sus recién nacidos son cuidados por enfermeras generalistas o bien por matronas en casos de excepción de algunos hospitales de primer nivel.

El pase de visita clínico diario lo hacen los ginecólogos y obstetras del servicio. Durante esta visita, exploran a las mujeres y les interrogan acerca de signos y síntomas de alarma que precisen atención inmediata o cuidados intrahospitalarios. También proporcionan consejos básicos de salud y les informan sobre la necesidad de acudir a urgencias una vez hayan sido dadas de alta ante la aparición de determinadas complicaciones.

Los cuidados enfermeros deben ir dirigidos a propiciar el entorno adecuado para mujeres, parejas y recién nacidos y así conseguir que expresen de forma individualizada sus dudas y necesidades (39).

Una vez identificadas, se podrán reforzar los conocimientos para que la vuelta al domicilio sea lo menos costosa posible.

De forma general se insistirá en aquellos aspectos mencionados ya en apartados anteriores y que se dirigen a evitar la aparición de complicaciones que pongan en peligro la salud del binomio madre-hijo. Estudios consultados indican que las mujeres tienen conocimientos básicos sobre su autocuidado al alta, pero éstos son más deficitarios en cuanto a signos y síntomas de alarma tanto para ellas como para los recién nacidos (65).

También se sabe que las madres expresan la insuficiencia de conocimientos adquiridos durante las clases de preparación al parto referentes a la etapa puerperal y que el aspecto sobre el que demandan más información es la lactancia materna (66).

El estudio realizado por Gómez-Ortiz et al sobre una muestra de 183 mujeres captadas en la visita puerperal, detectó la escasez de conocimientos sobre autocuidado puerperal sobre todo en mujeres inmigrantes y en aquellas que no habían acudido a

clases de educación prenatal (67). Evento que justifica, aún más, la necesidad de cubrir este aspecto durante la estancia hospitalaria.

La educación prenatal, según Ortiz (2013) (68), es el “conjunto de actividades que los profesionales sanitarios realizamos para contribuir a que el embarazo se perciba de forma positiva, facilitando un parto y puerperio normales en el aspecto físico y emocional”. Con ello también se pretende reducir la ansiedad y el temor.

En la Comunidad de Madrid, la cartera de servicios estandarizados de Atención Primaria (69), ofrece en su servicio número 302 la preparación para el parto y la maternidad. Entre las recomendaciones para la preparación de las sesiones grupales en las distintas áreas de salud se recogen los siguientes aspectos:

- Información del segundo trimestre de embarazo, preparación al parto y recuperación **posparto** tanto física como psíquica
- Ejercicios físicos pre y **posparto**
- Técnicas de relajación
- Cuidados del **recién nacido**
- Promoción de la **lactancia materna**

Estas recomendaciones son genéricas, de manera que cada centro adaptará las sesiones a sus distintas características. Por lo tanto, además de insuficientes, los conocimientos de las mujeres referidos al puerperio, podrían ser diferentes dependiendo de la zona de salud y del centro al que pertenezcan.

En general, en los diferentes centros de salud hay una estructura semejante y casi todos incluyen en sus sesiones prenatales charlas sobre el puerperio, anticoncepción y sexualidad tras el parto, cuidados del recién nacido y lactancia materna.

Además en el posparto, las puérperas son citadas para una nueva sesión educativa donde tratan temas como masaje infantil y alimentación del neonato.

En los centros de salud del área de influencia del Hospital Universitario de Fuenlabrada, la educación maternal se estructura de forma general en siete sesiones que abarcan los siguientes temas (Figura 2):

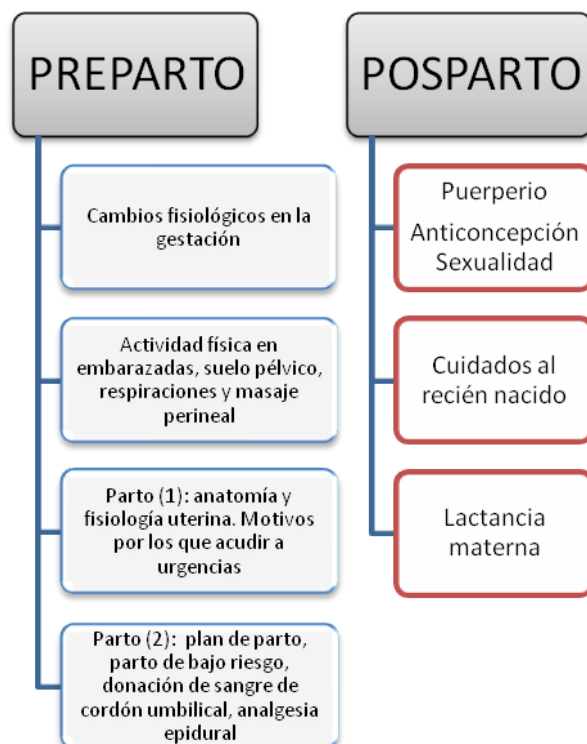


Figura 2: Estructura sesiones de educación maternal área de influencia HUF. (Elaboración propia)

La educación puerperal quedaría recogida en los tres últimos puntos y no está clara la influencia posterior cuando vuelven a los domicilios a causa del tiempo transcurrido y a la modificación del foco de atención una vez acontecido el parto.

Revisiones como la realizada por Gagnon y Sandall en 2008 (20), afirman que no hay pruebas suficientes para determinar los efectos de la educación prenatal sobre la maternidad/paternidad. Por ello, sería interesante pensar en reforzar esta educación para la salud en la etapa posparto.

A pesar de la evidencia acerca de que la educación en anticoncepción posparto está poco evaluada, se conoce la existencia de necesidades no atendidas en esta materia entre algunos grupos de población, así como su efectividad para evitar embarazos no planificados (70).

## 1.6. Indicadores Demográficos y de Salud Perinatal

### Nacionales

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), España tuvo durante el año 2013 una Tasa bruta de natalidad del 9,11‰, con un total de 424.440 nacimientos. La edad media de las madres se situó en 31,7 años y el número medio de hijos por mujer fue de 1,27.

La Tasa de mortalidad infantil española ha ido disminuyendo durante los últimos 10 años, pasando de ser en 2003 de 4,54‰, a un 3,35 ‰ en 2013 (71).

De igual modo lo ha hecho la mortalidad materna, hace 35 años, la tasa en España era 15 veces más alta que en la actualidad. Aunque las cifras son muy bajas y afortunadamente la realidad es que es un hecho poco frecuente (4 de cada 100.000 nacidos vivos en 2013), cuando ocurre, supone algo dramático para profesionales y sociedad porque las pacientes suelen ser mujeres jóvenes y la mayoría sin patología previa (72,73).

### Comunidad de Madrid y Área de influencia del Hospital Universitario de Fuenlabrada

En la Comunidad de Madrid, la Tasa bruta de natalidad para el año 2013 fue del 10,22‰, con un total de 65.326 nacimientos (74).

El área de influencia del Hospital Universitario de Fuenlabrada (HUF), emplazamiento del trabajo que se ha llevado a cabo, tiene una población adscrita de 224.787 habitantes, e incluye los municipios de Fuenlabrada, Humanes de Madrid y Moraleja de Enmedio (memoria del año 2013).

La Tasa bruta de natalidad en 2013 fue de 9,67‰. Eso se traduce en 2.026 recién nacidos vivos. El número de recién nacidos/día fue de 5,5.

Del total de partos, el 1,83 % fueron partos múltiples (Figura 3).

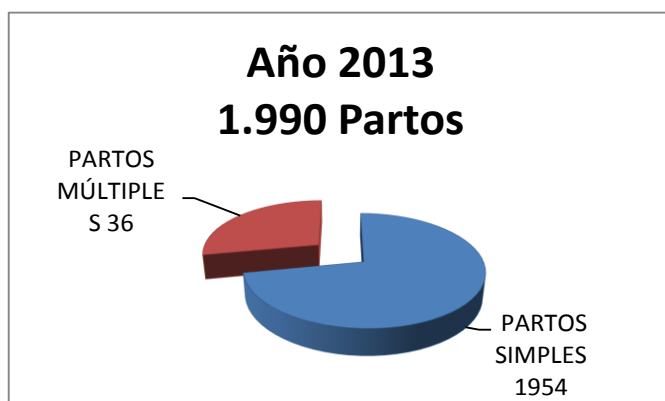


Figura 3: Distribución partos simples y múltiples HUF año 2013.

*Fuente:* Unidad de Control de Gestión Hospital Universitario de Fuenlabrada

El 64,84% de todos los partos fueron eutócicos (partos normales) y el 16,9% partos instrumentales (Fórceps, Ventosa o Espátulas).

El 54,71% de los partos tuvo un inicio espontáneo, el 27,83% fueron inducciones y el 7,42% estimulaciones.

Un 76,2% fueron partos con analgesia Epidural.

El porcentaje de episiotomías en ese mismo año fue del 28,04%, y se registraron un 2,02% de desgarros vaginales de III y IV grado.

El porcentaje de cesáreas de un centro hospitalario está considerado como un indicador de efectividad clínica y seguridad del paciente. En el HUF esta cifra pasó del 20% en el año 2011, al 17,10% en 2013 (Figura 4).

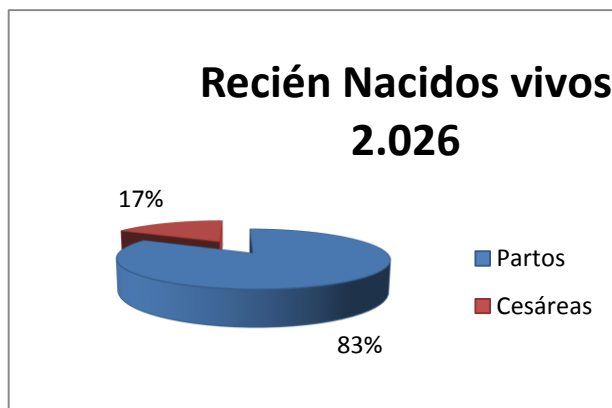


Figura 4: Distribución partos/cesáreas Hospital Universitario de Fuenlabrada año 2013

*Fuente:* Unidad de Control de Gestión Hospital Universitario de Fuenlabrada

Según datos del Informe de Hospitales de la Comunidad de Madrid del año 2014, esto le sitúa en segundo lugar entre todos los hospitales madrileños (75) (Tabla 1).

Tabla 1: Porcentajes cesáreas por año HUF

Porcentaje de Cesáreas	AÑO 2011	AÑO 2012	AÑO 2013
<b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA</b>	<b>20%</b>	<b>18,60%</b>	<b>17,10%</b>

*Fuente:* Comunidad de Madrid. Observatorio de Resultados. Informe de Hospitales, años 2011-2013.

En España, la primera causa de hospitalización en mujeres corresponde a los episodios de embarazo, parto y puerperio; en el año 2013 el 20,1% del total de altas hospitalarias de mujeres fueron por este motivo (76).

### 1.7. Registros clínicos del Hospital Universitario de Fuenlabrada

El Hospital de Fuenlabrada dispone de historia clínica electrónica para el almacenamiento y tratamiento de la información asociada a cada uno de los pacientes atendidos en él.



La historia electrónica es una herramienta que contribuye a que los profesionales tengan fácil acceso a toda la información referida a cada paciente, integrada en un mismo recurso. Además asegura la confidencialidad y la rápida disponibilidad de la misma en caso de ser requerida (77).

Éste sistema informatizado, que recibe el nombre de Selene, cuenta con herramientas muy útiles para los profesionales que son los formularios clínicos. Estos registros son herramientas que permiten recoger información estructurada para posteriormente poder explotar datos procedentes de la historia del paciente.

Se conocen estudios, como la revisión realizada por Compte y Fullá (78), que afirman que los registros clínicos suponen un incremento de la calidad de la atención y que mejoran los errores por omisión o ilegibilidad.

En el área de cuidados de la mujer, algunos de los formularios más utilizados son los que se enumeran a continuación:

- Formulario de urgencias de obstetricia
- Formulario de gestación única
- Formulario de expulsivo y alumbramiento
- Formulario de puerperio inmediato

De ellos han sido extraídas para su posterior análisis, algunas de las variables analizadas en nuestra investigación. Éstas quedan descritas en apartados posteriores del presente documento.

### **1.8. Embarazo, parto y puerperio en el Hospital Universitario de Fuenlabrada**

Hasta febrero del 2014, el seguimiento a la gestación, parto y puerperio había respondido a las características comunes descritas en apartados anteriores. Pero a partir de esa fecha entraron en vigor modificaciones adoptadas en respuesta a las nuevas estrategias de atención.

### 1.8.1. Alto riesgo obstétrico

Embarazo de alto riesgo es aquel que puede suponer una amenaza para la salud de madres y fetos o recién nacidos (79). La evaluación del riesgo obstétrico debe ser determinada en la primera visita.

Una adecuada atención al embarazo de alto riesgo supondrá una reducción significativa de la morbilidad materno infantil (80), hecho que implica una atención integral por parte de personal cualificado en los centros hospitalarios.

La atención al embarazo de “alto riesgo” es proporcionada por obstetras en las consultas del hospital, con apoyo de las matronas del centro para la monitorización y atención a la mujer y pareja.

Antes de las nuevas intervenciones era una enfermera no especialista la encargada de realizar dicha tarea (supervisada por un obstetra).

Ahora, la matrona de la consulta de alto riesgo trabaja junto al obstetra pero desarrolla su labor de forma autónoma: **realiza, interpreta y toma decisiones**.

### 1.8.2. Bajo riesgo obstétrico

La gestación de bajo riesgo es aquella que no presenta al inicio patología médica materna, malos antecedentes obstétricos, más de dos abortos anteriores, edad materna extrema (<15 ó >35 años), infecciones activas, obesidad (IMC >29) o bajo peso materno (IMC <20),....es decir, problemas asociados que puedan interferir en el desarrollo normal de la gestación (81).

La atención al “bajo riesgo obstétrico” pasó a cargo del equipo de matronas en febrero de 2014 y se distribuyó de la siguiente manera:

- a. Ingreso de gestantes con diagnóstico de parto en curso (82), Bishop >7 (Tabla 2), a cargo de la matrona ubicada en la urgencia de obstetricia.

Tabla 2: Test de Bishop

Puntuación	0	1	2	3
Dilatación (cm)	0	1-2	3-4	>4
Borramiento (%)	0-30	40-50	60-70	≥80
Consistencia	Dura	Media	Blanda	
Posición	Posterior	Media	Centrado	
Altura de la presentación	Libre	I	II	III

*Fuente:* Modificado de Lombardía Prieto J, Fernández Pérez M. Ginecología y Obstetricia: manual de consulta rápida. 2ª ed. Madrid: Panamericana;2010

- b. Alta en la urgencia obstétrica, sin intervención facultativa, a todas las gestantes a término con diagnóstico de pródromos de parto y puérperas con dudas o problemas con la lactancia materna.

A cargo de la matrona ubicada en la urgencia obstétrica (Anexo 1).

- c. Atención en la consulta de seguimiento de embarazo de bajo riesgo en la semana 36 de gestación (realizada por obstetras anteriormente). Consulta cuyo objetivo es reforzar la educación para la salud de forma individualizada, reforzar la comprensión de los principales motivos por los que acudir a urgencias para evitar visitas innecesarias y resolver dudas de gestantes y parejas.

En ella se realiza la toma del Estreptococo Beta Hemolítico (EGB) para profilaxis antibiótica intraparto si precisan (83) (Anexo 2).

- d. Pase de visita y alta clínica en unidad de hospitalización obstétrica a puérperas de bajo riesgo (Anexo 3).

Matrona adscrita a la unidad de hospitalización obstétrica. Esta misma matrona será la encargada de atender a las gestantes que acuden citadas a la consulta de “alta precoz” tras haber sido dadas de alta a las 24 horas de un parto de bajo riesgo (Anexo 4).

### **1.9. Atención puerperal de bajo riesgo en el Hospital Universitario de Fuenlabrada**

El Hospital Universitario de Fuenlabrada (HUF), consciente del cambio necesario en la profesión y de las ventajas que supondría para el binomio madre-hijo que la matrona asumiera nuevas competencias profesionales, puso en marcha en el último trimestre de 2009 la elaboración de un nuevo protocolo de atención a la gestación, parto y puerperio de bajo riesgo (Proyecto subvencionado por el Ministerio de Sanidad y Política Social a través del Instituto de Gestión Sanitaria (INGESA) en el año 2009 [9982 Real Decreto 924/2009, BOE de 29 de mayo]). En él se planteó como uno de sus objetivos, diseñar las bases y requerimientos para desarrollar las competencias profesionales de la matrona en el puerperio normal o fisiológico (Anexo 3).

El protocolo fue desarrollado por un grupo multidisciplinar (obstetras, matronas y enfermeras generalistas) para poder llevar a cabo tanto el pase de visita a las puérperas de bajo riesgo, como para emitir un informe clínico de alta como actuación delegada del médico a cargo del servicio de ginecología y obstetricia (84,85).

Se realizó una exhaustiva revisión de la legislación española, así como diferentes consultas a expertos (asesoría jurídica), para tener la seguridad de que la matrona, sin necesidad de rúbrica médica, podría emitir informes de alta en el puerperio fisiológico.

Teniendo en cuenta que el marco legal vigente donde se desarrollan las actividades de todos los profesionales de la salud, y por lo tanto, donde se desarrollan las funciones

de los médicos especialistas en ginecología y obstetricia, conjuntamente con las matronas, es la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS) (84-86), así como las competencias que capacitan a la enfermera obstétrico-ginecológica (matrona) para el desarrollo de su profesión; se puede afirmar que la matrona podría emitir y elaborar el informe de alta en el puerperio fisiológico o de bajo riesgo, sin necesidad de la firma y número de colegiado médico, siempre en un régimen de **“delegación de actuaciones”** previamente establecido y tras la aprobación de un protocolo de práctica clínica por el centro (Gerencia) y servicio de trabajo (87) (Anexo 3).

En nuestro ámbito de trabajo (HUF), alrededor del 80% de los partos son vaginales, de los cuales aproximadamente, un 70-75% son partos eutócicos que desarrollarán en su mayoría un puerperio fisiológico sin complicaciones.

Todas las actividades de control y seguimiento del puerperio, son realizadas habitualmente por personal de enfermería (unidad de hospitalización) y matronas (puerperio inmediato en paritorio), bajo la supervisión del equipo médico (que realiza el pase de visita diario en planta y emite el alta clínica).

En un puerperio fisiológico estas actividades representan una elevada carga asistencial dentro de los servicios y se realizan fundamentalmente cuidados de enfermería (88-90):

- control de signos-síntomas de involución uterina
- control hemodinámico (constantes,...)
- educación en técnicas de alimentación de los recién nacidos
- apoyo a la lactancia materna
- cuidados de las mamas y periné
- cuidados profilaxis tromboembólica (deambulación, medias compresivas,...)
- educación para la salud en cuidados del puerperio en domicilio
- identificación de signos y síntomas de alarma por los que acudir a urgencias

Debido a esto, el equipo de Obstetricia y Ginecología del HUF (obstetras y matronas) se planteó la posibilidad de que las matronas pasaran la visita y elaborasen y emitiesen el informe de alta en los puerperios de bajo riesgo, de tal manera que, las gestantes con parto eutócico y puerperio dentro de la normalidad, pudieran beneficiarse del seguimiento y cuidado de un mismo profesional, la matrona.

La revisión de Sandall et al, refiere que en la mayoría de los estudios consultados se apreció un aumento de la satisfacción materna en relación con el seguimiento por un mismo profesional (la matrona). Además indica que parece intuirse una reducción del coste con respecto a la atención proporcionada por otros profesionales (91).

Un estudio realizado en Australia sobre una muestra de 2699 mujeres durante el periodo posparto, reveló que la mayoría se habían mostrado satisfechas con la atención proporcionada por parteras, sobre todo en lo referente a la atención física recibida y a temas relacionados con los recién nacidos (llanto, sueño, alimentación,...). En general, los profesionales fueron mejor valorados que la atención hospitalaria recibida. Hay que destacar que el estudio no hace referencia al tipo de riesgo obstétrico, aspecto que sería deseable incorporar (92).

Con esto se pretendió además, optimizar los recursos humanos y materiales limitados del sistema público de salud, utilizando un profesional competente y capacitado para el seguimiento y control del puerperio fisiológico (21), consiguiendo la máxima adecuación de los medios disponibles y la mejor relación coste-beneficio.

Para su implementación se utilizaron formularios clínicos predeterminados (pase de visita e informe de alta entre otros), que han supuesto una herramienta básica para guiar la práctica asistencial de las matronas en la planta de hospitalización, ya que establecen y orientan la observación, entrevista y exploración de las puérperas.

Además suponen una garantía de registro uniforme que facilitará la posterior evaluación [Documentos recogidos en protocolo clínico (Anexo 3)].

La estandarización del pase de visita disminuye la variabilidad en la práctica clínica y con ello mejora la calidad asistencial del proceso y facilita la incorporación de nuevos profesionales a la planta de hospitalización en caso necesario. Los estudios publicados recomiendan el establecimiento de normas y marcos jurídicos para la mejora de la seguridad de los pacientes, así como el desarrollo de sistemas de apoyo para que los profesionales puedan llevar esto a cabo (93).

Los evolutivos estandarizados además, cumplen con el artículo 15 de la Ley 41/2002, respecto al contenido de la historia clínica de cada paciente (94), ya que incorporan información trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Todo paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia, por escrito en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales. Así se lograra también una planificación más eficaz de actividades cuando los pacientes vuelvan al domicilio y quedará asegurada la continuidad de los cuidados en otros niveles asistenciales en caso de precisarse (95).

Tucker et al (96), realizaron un estudio multicéntrico con población escocesa, en el que comparaban la atención prenatal rutinaria proporcionada por matronas y médicos generalistas, con la ofrecida por éstos en colaboración con los obstetras. La investigación reveló que no se obtuvieron beneficios de salud significativos entre las mujeres vistas por los obstetras con gestaciones de bajo riesgo, por lo que no sería necesaria esta intervención de forma rutinaria. Si bien nuestro trabajo girará en torno a la etapa puerperal, cabría decir que es interesante la comparación antenatal, que ya nos pondría sobre la pista de la importancia de una adecuada distribución de los recursos humanos.

En Japón (2014) (96,97), se estudiaron diferencias en los resultados de salud cuando el seguimiento del embarazo lo realizaban matronas u obstetras. Los resultados arrojaron beneficios para las mujeres cuando eran atendidas por matronas incluso en cuanto a la aparición de complicaciones como la depresión posparto, cuya incidencia fue menor en este grupo. Esto avala la necesidad de reflexionar también en cuanto a los modelos de atención en etapas puerperales.

También en los Países Bajos, Martijn et al (98), realizaron un estudio sistemático sobre la seguridad de pacientes obstétricas de bajo riesgo, que evidencia que la atención de las matronas es segura cuando el riesgo ha sido bien evaluado. Afirman que la mayoría de los incidentes registrados fueron secundarios a problemas relacionados con los tratamientos y con factores de organización.

Esto muestra como un adecuado screening del riesgo prenatal permitiría adjudicar cada mujer al grupo correspondiente y así aumentar los beneficios tanto a nivel de satisfacción como de seguridad, y tanto antes del nacimiento como en los periodos posteriores.

La diferencia fundamental de la atención que proporcionan las matronas se basa en la educación para la salud durante su visita y cuando la mujer es dada de alta, de manera que serían informadas de todo aquello que necesitan para lograr un correcto autocuidado al volver al domicilio.

Esta labor educativa consiste en facilitar las herramientas precisas para que sean capaces de instaurar la lactancia materna/artificial del recién nacido de forma adecuada (99), de cuidar el periné y evitar complicaciones (36,100), de establecer un vínculo adecuado con el recién nacido y con la pareja (nuevos roles), de detectar precozmente signos y síntomas de alarma por los que deberán acudir a urgencias (89,90), y para que sean capaces de manejar de manera adecuada el entorno familiar que a veces tanta ansiedad crea. La educación para la salud proporcionará a la mujer y familia seguridad y un aumento de la *capacidad de autocuidado* a través de la adquisición de conocimientos.

Una de las principales herramientas con las que las matronas han contado a lo largo de los años ha sido su labor educativa. Su utilidad ha quedado más que demostrada en multitud de estudios (101). En algunos de ellos se afirma que es un recurso al servicio de la población y que puede modificar estilos de vida si se utiliza adecuadamente (102).



La revisión de Martínez y Delgado, afirma que la educación para la salud aplicada al cuidado materno infantil aporta beneficios en la mayoría de los estudios consultados tanto para la madre como para el recién nacido.

Entre los que aporta a las madres se encuentra el aumento en la seguridad para afrontar el parto y la posterior crianza, además de la toma libre de decisiones gracias a una mayor información. En cuanto a los recién nacidos, tasas de éxito más elevadas para la lactancia materna, mayores conductas de apego,... (103).

Tampoco debemos obviar aquellos estudios que afirman que la educación prenatal no aporta beneficios para las mujeres durante el parto (104,105), a pesar de que en ellos se contemplan factores no favorecedores en cuanto a la asistencia a las clases (necesaria para la obtención de mejoras). En el caso de la educación puerperal, estos factores estarían claramente modificados, tanto por la nueva situación como por la aparición en escena del nuevo miembro de la familia y el cambio de roles de sus integrantes.

Otro aspecto al que se podría hacer referencia para enmarcar la atención que las matronas ofrecen a la población y que interesaría sin duda a las políticas administrativas, es la posible disminución de la relación coste-beneficio que se podría obtener con respecto a los facultativos. No se estudiara en este trabajo pero si mostraremos algunas referencias de interés.

La Cochrane (106) aporta una revisión en la que ya se compararon costes derivados de la diferencia médico-enfermera en el ámbito de la Atención Primaria. Entre los resultados de los pacientes se incluyeron morbilidad, satisfacción, cumplimiento o preferencias. Los resultados indican que en algunos de los estudios analizados la satisfacción de los pacientes fue mayor con las enfermeras porque dedicaron más tiempo en cada consulta y proporcionaron más cantidad de información.

No hubo diferencias significativas en lo relativo a resultados de salud.

En cuanto a los costes, las diferencias fueron más significativas a favor de las enfermeras en aquellos casos en los que la diferencia salarial médico-enfermera era mayor.

En un estudio realizado en Australia entre los años 2008 y 2011, se compararon casos (sin monitorización del riesgo obstétrico) entre los que se analizaron resultados perinatales y costes ocasionados por la atención recibida. Uno de los grupos fue atendido por parteras y el otro tuvo atención convencional en unidad estándar. Los resultados parecieron evidenciar que para mujeres de cualquier riesgo obstétrico, la atención recibida por parte de las matronas fue rentable además de segura (107).

Otro ensayo aleatorio realizado en Noruega (108), comparó los costes derivados de la atención de bajo riesgo en dos unidades de un mismo hospital, una dirigida por matronas y otra con atención estándar (matronas y obstetras). Entre las medidas de efecto estudiadas para la evaluación del coste se encontraban las cesáreas, los partos instrumentados, los requerimientos quirúrgicos, la utilización de analgesia epidural y el uso de oxitocina. Los resultados indicaron que la unidad dirigida por matronas fue más rentable.

Con estos resultados coinciden los aportados por otra revisión realizada en Reino Unido (109), en la que también estudiaron la rentabilidad de los servicios de maternidad liderados por comadronas y concluyeron con la necesidad de realizar nuevas evaluaciones de costes en el contexto de estudio.

### 1.10. Justificación

Tras revisar la literatura, parece evidente que las matronas son los profesionales que históricamente se han encargado de los cuidados puerperales de madres y recién nacidos (1,2).

Desde organismos oficiales nacionales e internacionales queda constatada su aptitud, competencia y autonomía para llevar a cabo esta labor sin necesidad de supervisión externa en los casos de bajo riesgo (8,21,23).

En España en los últimos años no ha sido así como consecuencia de la falta de profesionales que pudiesen soportar el aumento de la carga asistencial vivida en los centros hospitalarios (12). De manera que en las unidades de hospitalización, las matronas se han visto sustituidas casi en su totalidad por enfermeras no especialistas que se han encargado de los cuidados de las mujeres y sus recién nacidos.

La introducción de matronas en la unidad de hospitalización del HUF para sustituir a los obstetras en el seguimiento y alta de las puérperas de bajo riesgo, supuso la adquisición y desarrollo de nuevas competencias de las que no había referencias previas en España. El núcleo de la nueva intervención se basó en la educación para la salud puerperal proporcionada de forma individualizada y la nueva competencia delegada adquirida fue el alta domiciliaria de las mujeres. La educación sanitaria supuso un soporte para la correcta transición entre una etapa teórica previa al parto y una práctica, donde la gestación ha finalizado y el recién nacido es real (da comienzo un nuevo ciclo de vida).

Esto generó la necesidad de evaluar la intervención para determinar que no iba a suponer una disminución de la calidad de la atención a las usuarias y familias, tanto en términos de satisfacción como de seguridad.

La evidencia recoge trabajos como el realizado en Canadá por Harvey et al (110), que estudió diferencias de satisfacción entre un grupo de mujeres atendidas por matronas

y otras por ginecólogos, a través de un ensayo aleatorio con 194 participantes que comparaba ambos modelos de atención. Sus autores concluyeron que la satisfacción expresada había sido mayor en el grupo atendido por parteras.

También en España, se realizó un estudio en Cataluña que comparó satisfacción en un grupo de 99 mujeres (111), de las cuales un 31.3% fueron atendidas por matronas en el contexto de un parto normal y el resto por obstetras y matronas (parto intervenido). La satisfacción resultó más elevada entre las pacientes atendidas solo por matronas y no se registraron diferencias significativas entre ambos modelos de atención para las variables estudiadas.

Sin duda habría que considerar los motivos de la adjudicación de sujetos a cada modelo de atención estudiado.

Además de la evidencia consultada, otra de las razones por las que se consideró importante evaluar satisfacción con la atención recibida, fue la necesidad de ratificar que las mujeres no encontraron diferencias relacionadas con la calidad cuando el modelo de atención implicaba no ser vistas por personal facultativo en ningún momento del ingreso (hecho al que los obstetras dieron importancia durante la elaboración del protocolo clínico).

En cuanto a los resultados perinatales, The Lancet (112), publicó en 2014 hallazgos acerca de cómo la atención de las parteras en el mundo supone una mejora de los resultados de salud para madres y recién nacidos, y cómo la comunicación, la educación, la información y el respeto son aspectos fundamentales del cuidado que proporcionan.

Otro estudio de cohortes realizado a escala nacional en los Países Bajos (113), demostró que cuando se ha realizado una buena identificación del bajo riesgo, el seguimiento del embarazo a cargo de las matronas no aumenta el riesgo de sufrir problemas posteriores como hemorragias, extracciones manuales de placenta, roturas uterinas y otros problemas severos. Así, las mujeres sin complicaciones podrían beneficiarse de este tipo de atención.

No se han encontrado trabajos similares publicados que hayan sido desarrollados en España.

Por ello se planteó la presente investigación como respuesta a la necesidad de demostrar con evidencia científica que las matronas podrían ser iguales o más eficaces en el seguimiento del puerperio de bajo riesgo, que los obstetras, y que además, se podría aumentar la satisfacción de las mujeres.





# HIPÓTESIS





## 2. HIPÓTESIS

- 2.1. La satisfacción de las puérperas de bajo riesgo atendidas por matronas en la unidad de hospitalización obstétrica es mayor que la satisfacción de las puérperas atendidas por obstetras.
- 2.2. La atención exclusiva de la matrona a las puérperas de bajo riesgo disminuye la afluencia a urgencias hospitalarias de obstetricia por complicaciones puerperales.



# OBJETIVOS



### 3. OBJETIVOS

#### 3.1. Objetivo general

Evaluar cambios en la frecuentación a urgencias por complicaciones puerperales y en la satisfacción percibida en puérperas de bajo riesgo del Hospital Universitario de Fuenlabrada cuando son atendidas por el equipo de matronas.

#### 3.2. Objetivos específicos

- ✓ Determinar si ha habido cambios en las características de la población atendida antes y después de la intervención
- ✓ Evaluar los posibles cambios en la satisfacción percibida por las puérperas de la unidad de hospitalización tras la atención ofrecida por las matronas
- ✓ Conocer si se han producido cambios en la frecuentación a urgencias por complicaciones durante el puerperio cuando las mujeres son atendidas por matronas en lugar de obstetras



## **MATERIAL Y MÉTODO**





## 4. MATERIAL Y MÉTODO

### 4.1. ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio ha sido realizado en el Hospital Universitario de Fuenlabrada (HUF) en el periodo comprendido entre Marzo de 2013 y Febrero de 2015.

El HUF es un hospital de segundo nivel de la Comunidad de Madrid que da cobertura a la población de Fuenlabrada, Humanes y Moraleja de Enmedio (Figura 5).

Tiene una población asignada de 224787 habitantes y en el año 2013 tuvo un total de 1990 partos vía vaginal y 338 cesáreas (64).

Se gestiona como empresa pública con personalidad jurídica propia.



Figura 5: Área sanitaria única de la Comunidad de Madrid

Durante el año 2013 fueron atendidos un total de 1990 partos y en el año 2014 se atendieron 1978.

Dentro del hospital, el Área de Cuidados de la Mujer se subdivide en diferentes servicios de atención (Figura 6):



Figura 6: Distribución de departamentos dentro del Área de Cuidados de la Mujer

Hasta el año 2013, las matronas solo estaban presentes en el área de urgencias obstétricas, área quirúrgica y en el paritorio, pero a partir del mes de octubre de ese año, empezaron a funcionar de forma efectiva los nuevos protocolos de atención a la gestación, parto y puerperio de bajo riesgo.

En la actualidad, las matronas desarrollan actividad asistencial en todos ellos, junto al equipo de ginecólogos y obstetras en unos, y de forma autónoma en otros, para proporcionar una atención integral y de calidad a mujeres y familias.

Tabla 3: Modificaciones en la distribución de los RRHH tras la puesta en marcha de la nueva intervención

HASTA FEBRERO DE 2014	DESPUÉS DE FEBRERO DE 2014	
<b>Obstetras</b>	Obstetras	<b>CONSULTAS EXTERNAS</b>
<b>Auxiliares de Enfermería</b>	Auxiliares	
<b>Enfermeras generalistas</b>	<b>Matronas</b>	
<b>Obstetras</b>	Obstetras	<b>URGENCIAS OBSTÉTRICAS</b>
<b>Auxiliares de Enfermería</b>	Auxiliares de Enfermería	
<b>Enfermeras generalistas</b>	Enfermeras generalistas	
<b>Matronas</b>	Matronas	
<b>Obstetras</b>	Obstetras	<b>PARITORIO</b>
<b>Matronas</b>	Matronas	
<b>Auxiliares de Enfermería</b>	Auxiliares de Enfermería	
<b>Celadores</b>	Celadores	
<b>Obstetras</b>	Obstetras	<b>ÁREA QUIRÚRGICA</b>
<b>Enfermeras generalistas</b>	Enfermeras generalistas	
<b>Auxiliares</b>	Auxiliares	
<b>Matronas</b>	Matronas	
<b>Obstetras</b>	<b>Matronas</b>	<b>HOSPITALIZACIÓN (Bajo Riesgo)</b>
<b>Enfermeras generalistas</b>	Enfermeras generalistas	
<b>Auxiliares de Enfermería</b>	Auxiliares de Enfermería	

Se puede apreciar en la tabla anterior como los dos cambios que dieron entidad a la investigación fueron, por un lado, la sustitución de la enfermera generalista que ocupaba la consulta de monitores de alto y bajo riesgo por una matrona adscrita exclusivamente a esas consultas. Y el más importante para nuestro trabajo, que fue la sustitución del obstetra de hospitalización de bajo riesgo, por una matrona del servicio de paritorio (Tabla 3).

## 4.2. DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio cuasi-experimental de dos grupos sin asignación aleatoria.

Las mujeres del grupo control fueron puérperas atendidas en la unidad de hospitalización obstétrica del Hospital Universitario de Fuenlabrada por obstetras (y resto del personal no especialista de la unidad: enfermeras generalistas y auxiliares de enfermería). Recibieron el alta clínica por parte del el equipo de obstetras en el periodo comprendido entre marzo de 2013 y febrero de 2014.

Las mujeres atendidas en el grupo intervención fueron puérperas de la misma unidad de hospitalización atendidas durante su estancia por matronas (y resto del personal no especialista de la unidad: enfermeras generalistas y auxiliares de enfermería). Recibieron el alta clínica por parte del equipo de matronas (sin rúbrica ni visita médica) en el periodo comprendido entre marzo de 2014 y febrero de 2015.

Por otra parte, el equipo médico quedó a cargo de tareas de alta especialización y control de alto riesgo desde la entrada en vigor del protocolo de atención al puerperio de bajo riesgo, por lo que las mujeres sin complicaciones pasaron a ser atendidas exclusivamente por matronas.

### Descripción de la intervención a evaluar

La intervención desarrollada por el equipo de matronas en la unidad de hospitalización obstétrica, consistió en un refuerzo de educación para la salud durante el pase de visita diario de las mujeres con puerperios de bajo riesgo ingresadas en dicha unidad y en el momento del alta clínica, que también fue llevada a cabo por ellas.

Hasta febrero del año 2014, era el equipo de facultativos el encargado del pase de visita diario y el alta clínica de las puérperas ingresadas en la unidad de hospitalización del HUF. Durante esta actividad, las mujeres eran exploradas e informadas de signos y síntomas de alarma que precisaran atención médica. Además, se les proporcionaban

algunos consejos de salud (no protocolizados), que quedaron sujetos a variaciones individuales por parte del personal médico. Al alta, se les entregaba informe escrito de todo el proceso.

Estos procedimientos implicaban para los obstetras una elevada inversión de tiempo y esfuerzo en función del riesgo presentado por cada paciente (los facultativos asumían tanto el alto como el bajo riesgo obstétrico).

Desde febrero de 2014, la atención integral de las pacientes de bajo riesgo fue asumida por una matrona del Área de Cuidados de la Mujer adscrita al servicio de hospitalización.

Si se tiene en cuenta que en el hospital de Fuenlabrada alrededor del 80% de los partos son vaginales, de los cuales aproximadamente un 70-75% son partos eutócicos, podríamos afirmar que éstos en su mayoría desarrollarán un puerperio fisiológico o sin complicaciones que debería ser atendido por una matrona.

Para centrar la investigación y elaborar de forma eficaz la intervención, se estudiaron las principales causas de frecuentación a urgencias durante los primeros 40 días posparto:

- Complicaciones gineco-obstétricas: infecciones, dehiscencias, dolor perineal, endometritis puerperal, metrorragias,...
- Complicaciones relacionadas con la lactancia materna: grietas, ingurgitación mamaria, mastitis,...
- Complicaciones psicológicas: temores, ansiedad, mala adaptación al rol, mala adaptación al puerperio domiciliario,...
- Otros

La labor de la matrona implicó la exploración de la paciente para asegurar la correcta involución puerperal y para descartar signos de alarma que pudiesen requerir interconsulta médica.

Previo a este paso, se realizaba una valoración exhaustiva integral de la paciente y su entorno, que abarcaba aspectos fisiológicos (necesidades básicas, actividad física, descanso, peso,...), psicológicos (falta de conocimientos, estrés, fatiga, sensación incapacidad, falta de control de la nueva situación,...) y sociales (redes de apoyo social, apoyo familiar, situación económica, relación de pareja, relaciones con amigos,...) de mujeres y familias. Esto nos permitió diagnosticar adecuadamente para planificar actividades y poder dar respuesta a los problemas detectados. Estos aspectos diferenciaron claramente la actividad de la matrona de la de los obstetras.

La intervención educativa se realizó de forma oral durante la visita diaria en los días uno y dos posparto y en el momento del alta domiciliaria. Siempre que fue posible se llevó a cabo en presencia de pareja o acompañante elegido por las puérperas. El contenido de dicha intervención educativa quedó recogido en el protocolo aprobado por el servicio de obstetricia y por la gerencia del centro (Anexo 3).

La educación para la salud se proporcionó de manera individualizada y recogió las recomendaciones de autocuidado necesarias para la vuelta al domicilio, así como otros aspectos relacionados con la salud de mujeres y familias.

Una ventaja de realizar la intervención durante los dos días del ingreso y al alta, fue que los profesionales pudieron asegurarse de que se habían detectado adecuadamente las necesidades de la paciente, y de que ésta había comprendido e interiorizado la información. También permitió a las puérperas expresar y resolver dudas, aspecto beneficiado sin duda gracias a la intimidad proporcionada al atenderlas en su propia habitación.

Para evitar un exceso de variabilidad en la práctica clínica, así como omisiones de cualquier tipo que pudiesen perjudicar a las pacientes, se utilizaron formularios clínicos base predeterminados que sirvieron de ayuda en la práctica diaria (Anexo 3).

Se llevó a cabo una fase previa al inicio de la intervención para formar adecuadamente al equipo de matronas, programada entre julio-diciembre 2013.

Para la formación de los especialistas, se estableció un número limitado de 3 sesiones clínicas, con el objetivo de informar sobre la implementación definitiva del proyecto así como resolver dudas y posibles dificultades.

Las sesiones clínicas se impartieron en las aulas de docencia del Hospital Universitario de Fuenlabrada, en horario de mañana y tarde, destinadas a todo el personal del Área de Cuidados de la Mujer.

Además, como parte del material de apoyo y docente, se elaboraron 2 guías de consulta, ambas de libre acceso desde cualquier ordenador del servicio de obstetricia:

- manejo *Selene* para los diferentes formularios a utilizar (Anexo 3)
- puerperio fisiológico VS puerperio patológico (Anexo 5)

#### **4.3. METODOLOGÍA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN**

Para evaluar el impacto de la sustitución del obstetra por la matrona en la unidad de hospitalización se llevaron a cabo diferentes mediciones, que aportasen una idea no solo de la eficacia de la intervención educativa llevada a cabo, sino también de la existencia de posibles modificaciones en términos de satisfacción por parte de las mujeres atendidas.

Para analizar si el cambio en la atención a mujeres y recién nacidos había provocado modificaciones en la satisfacción con la atención recibida, se diseñó un cuestionario telefónico desarrollado ad-hoc para el estudio (descrito en apartados posteriores) y que se pasó a los grupos de estudio entre mayo y junio de 2014 (Anexo 10).

Se realizó la encuesta a mujeres atendidas por obstetras y enfermeras generalistas (grupo control) de la unidad de hospitalización durante los tres meses anteriores a la



puesta en marcha del nuevo protocolo (periodo comprendido entre noviembre de 2013 y febrero de 2014).

La misma encuesta fue realizada a mujeres atendidas por matronas y enfermeras generalistas (grupo intervención) de la misma unidad durante los tres meses posteriores al comienzo de la intervención (periodo comprendido entre febrero y mayo de 2014). Se compararon los resultados de ambas mediciones para analizar posibles cambios.

#### 4.3.1. SUJETOS DEL ESTUDIO

La población de referencia que se tuvo en cuenta fueron puérperas atendidas en el HUF, procedentes de partos eutócicos cuyo puerperio clínico se hubiese desarrollado dentro de los límites fisiológicos o de normalidad y que cumpliesen los criterios de inclusión establecidos en el protocolo vigente.

Para el cálculo del tamaño muestral se tuvieron en cuenta los tres meses previos y los tres meses posteriores a la implantación de la nueva intervención, durante ese periodo hubo 534 casos (Tabla 4).

Tabla 4: Muestras encuesta telefónica

<b>Muestra Grupo Control</b>	<b>Muestra Grupo Intervención</b>
Mujeres con parto anterior a la implantación del protocolo y que habían sido atendidas en hospitalización por obstetras y enfermeras generalistas	Mujeres con parto posterior a la implantación del nuevo procedimiento atendidas en hospitalización por matronas y enfermeras generalistas

Considerando que un 70% de las encuestas tendrían respuestas positivas con una precisión absoluta del 10% y un nivel de confianza del 95% se estimaron un mínimo de 71 casos en cada grupo.

Se realizó un muestreo aleatorio con Epidat 3.1 en una base de datos con todos los partos eutócicos con puerperios de bajo riesgo que se produjeron en el periodo de estudio y que cumplían criterios de inclusión (Tabla 5):

Tabla 5: Criterios de selección de las muestras de la encuesta

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestantes atendidas en el HUF</li> <li>Gestación controlada e incluida en protocolo de bajo riesgo</li> <li>Parto eutócico y puerperio fisiológico no complicado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Barrera idiomática</li> <li>No deseo de participación en el estudio</li> <li>Imposibilidad de localización telefónica tras dos intentos</li> </ul>

Asumiendo una posible tasa de no respuesta de un 30% y para que hubiese reposición y poder alcanzar el número de casos necesarios, se aleatorizaron 100 mujeres en cada grupo.

La encuesta telefónica fue realizada por dos investigadores expertos de las mismas características y titulación y formados de manera conjunta a través de una sesión de puesta en común previa.

La asignación de sujetos a cada encuestador y grupo fue realizada por un responsable externo a la realización de las llamadas, de manera que los encuestadores no conocieron el grupo de referencia de cada entrevistada hasta la finalización del trabajo.

#### 4.3.2. VARIABLES DE LA ENCUESTA

Como **Variable independiente** o de exposición del estudio se consideró la atención y el alta clínica de las puérperas de bajo riesgo atendidas en la unidad de hospitalización

obstétrica del HUF. En el grupo control la atención descrita fue proporcionada por el equipo de obstetras y en el grupo intervención por el equipo de matronas.

**Variable de resultados:**

Satisfacción de las mujeres incluidas en el estudio, con cuestiones referidas a este aspecto en la encuesta diseñada a tales efectos.

Variables incluidas en el cuestionario

El cuestionario diseñado ad hoc para el estudio, constaba de 8 preguntas cerradas, siete de ellas tipo Lickert, puntuadas con valores numéricos de 1 a 5.

Las participantes fueron informadas de que la opción 1 equivalía al literal *“nada satisfecha”* y la opción 5 al literal *“totalmente satisfecha”*, pidiéndoles que respondieran con un solo valor numérico (Anexo 10).

Estas 7 preguntas pretendían medir la satisfacción con respecto a la atención recibida durante la estancia hospitalaria y evaluaban los siguientes aspectos:

- identificación de los profesionales
- trato recibido
- resolución de dudas
- información recibida sobre cuidados al alta,
- información sobre lactancia,
- información sobre signos y síntomas de alarma
- información global recibida en el postparto.

La octava pregunta era dicotómica (sí/no) y preguntaba si recomendarían el hospital a sus conocidos.

Para evaluar la homogeneidad de los grupos, de las mujeres que aceptaron participar en el estudio se extrajeron de la historia y estudiaron las siguientes variables: edad, número de nacimientos previos y abortos previos. Y las siguientes variables relacionadas con el parto y los cuidados durante la estancia hospitalaria: motivo de ingreso, tipo de lactancia, sexo del recién nacido, peso del recién nacido y tipo de anestesia.

#### 4.3.3. RECOGIDA DE DATOS DE LA ENCUESTA

Para la recogida de datos se solicitó consentimiento verbal al inicio de cada encuesta telefónica, previa explicación de la intencionalidad del estudio. Los datos se recogieron en una base de datos anonimizada en la que no había nada que pudiese identificar a las pacientes. Se cumplió la normativa ética de la Declaración de Helsinki de 1975 y sus posteriores revisiones (100) (Anexo 11).

El cuestionario fue sometido al siguiente proceso de validación previo a su utilización con la muestra:

- En primer lugar, se evaluó la validez lógica y de contenido. Para ello se recurrió a una prueba de expertos en investigación y en planificación y dirección de unidades de hospitalización obstétrica. Fue revisado por dos supervisoras fundadoras de unidades obstétricas de dos hospitales de la Comunidad de Madrid (Hospital Infanta Elena y Hospital Universitario Puerta de Hierro), una supervisora experta en investigación y docencia del Hospital La Paz de Bata (Guinea Ecuatorial) y una matrona doctora y experta en investigación de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid. Todos ellos validaron la adecuación de las preguntas al objetivo del estudio, la adecuación de la estructura y el orden de las preguntas, que el cuestionario estaba completo y que no faltaba ninguna pregunta relevante.
- Para evaluar la consistencia interna se utilizó el Alfa de Cronbach. Según la Escala de McDowell (114):  $>0.6$  se consideraría una consistencia interna aceptable,  $>0.7$  buena y  $>0.8$  excelente.
- Previo a su utilización con la muestra del estudio, se realizó una prueba piloto para evaluar la fiabilidad temporal o concordancia test retest. Se utilizó Índice Kappa para evaluar la fiabilidad de forma cualitativa y Coeficiente de Correlación Intraclass para evaluar su fiabilidad temporal de forma cuantitativa. Fue llevada a cabo con 20 mujeres a las que se les pasó la encuesta telefónica y se les repitió al mes (Tabla 6). La prueba piloto fue

realizada durante el mes de abril de 2014, dos meses después de iniciarse la intervención.

Tabla 6: Fiabilidad Test-retest

Fiabilidad test-retest								
	Kappa	IC Kappa	95% P	CCI	IC CCI	95% P		
<b>Pregunta 1</b>	1	1-1	<0,001	1	1-1	<0,001		
<b>Pregunta 2</b>	1	1-1	<0,001	1	1-1	<0,001		
<b>Pregunta 3</b>	0,899	0,719-1	<0,001	0,94	0,854-0,976	<0,001		
<b>Pregunta 4</b>	1	1-1	<0,001	1	1-1	<0,001		
<b>Pregunta 5</b>	1	1-1	<0,001	1	1-1	<0,001		
<b>Pregunta 6</b>	0,823	0,600-1	<0,001	0,915	0,799-0,966	<0,001		
<b>Pregunta 7</b>	1	1-1	<0,001	1	1-1	<0,001		

CCI=Coeficiente correlación intraclase  
IC 95%= Intervalo de confianza al 95%

Para la evaluación de la concordancia mediante el coeficiente de correlación intraclase se tomó como referencia la escala de valoración de la concordancia de Fleiss JL (115) (Tabla 7).

Tabla 7: Valoración de la Concordancia según los valores del CCI (Fleiss, 1986)

VALOR DEL CCI	FUERZA DE LA CONCORDANCIA
> 0,90	Muy Buena
0,71-0,90	Buena
0,51-0,70	Moderada
0,31-0,50	Mediocre
<0,30	Mala o Nula

Se utilizó la interpretación de la fuerza de concordancia de Altman (116) para analizar los valores de Kappa (Tabla 8).

Tabla 8: Valor de Kappa para interpretar la fuerza de la concordancia (Altman, 1991)

VALOR KAPPA	INTERPRETACIÓN
<0,20	Pobre
0,21-0,40	Débil
0,41-0,60	Moderada
0,61-0,80	Buena
0,81-1,00	Muy Buena

Se observó que al analizar las preguntas del cuestionario de forma cualitativa (con el coeficiente de concordancia de Kappa) y de forma cuantitativa (CCI), la fiabilidad test retest fue muy buena porque en todas las preguntas fue mayor de 0,8 y en la mayoría de ellas fue 1. Tuvo una consistencia alta y buena concordancia test-retest.

#### 4.3.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DEL CUESTIONARIO

Con las respuestas obtenidas, se evaluó la validez de constructo, analizando la estructura de factores de la encuesta mediante un análisis factorial exploratorio y con el método de componentes principales. Se calculó el coeficiente de esfericidad de Bartlett para mostrar la correlación lineal entre los ítems y el coeficiente de adecuación de la muestra de Kaiser-Meier-Olkin (KMO) con el fin de mostrar que existe correlación entre dos ítems cuando se elimina la influencia sobre ellos de los ítems restantes.

Para evaluar la homogeneidad de los dos grupos, de las mujeres que aceptaron participar en el estudio se extrajeron de la historia y evaluaron las siguientes variables: edad, número de nacimientos previos, abortos previos. Y las siguientes variables relacionadas con el parto y los cuidados durante la estancia hospitalaria: motivo de ingreso, tipo de lactancia, sexo recién nacido, peso recién nacido y tipo anestesia.

Los resultados de la encuesta se presentan, en primer lugar con un análisis univariado, se ha hecho un análisis descriptivo de las respuestas de encuesta con una distribución

de frecuencias (absolutas y relativas) para las variables cualitativas y un análisis de la descripción de la media y desviación para las variables cuantitativas.

Para analizar diferencias entre los dos grupos de mujeres (pre y post implantación del protocolo de seguimiento de las matronas), se realizaron contrastes de hipótesis entre los dos grupos con el test de t de Student cuando se comparaba una variable cuantitativa con una cualitativa y con el test de chi cuadrado en el caso de dos variables cualitativas.

En todos los contrastes de hipótesis se ha rechazado la hipótesis nula con un error de tipo I o  $\alpha$  menor a 0,05 y los resultados se presentan con sus intervalos de confianza al 95%.

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del paquete estadístico SPSS versión 17 para Windows.

#### **4.4. METODOLOGÍA UTILIZADA PARA MEDIR LA FRECUENTACIÓN A URGENCIAS POR COMPLICACIONES PUERPERALES**

Para evaluar si el nuevo modelo de atención a mujeres y recién nacidos había provocado cambios en el número de visitas a urgencias por complicaciones puerperales en los primeros cuarenta días post alta, se extrajeron datos de los formularios clínicos referentes a las urgencias obstétricas que acudieron al hospital entre el uno marzo de 2013 y el 28 de febrero de 2014 y que habían sido atendidas en hospitalización y dadas de alta por obstetras.

Tras ello, y en un periodo homogéneo desde el inicio del nuevo protocolo clínico, se extrajeron los mismos datos para la segunda cohorte, atendida y dada de alta por matronas (desde el 1 de marzo de 2014 al 28 de febrero del 2015).

Finalmente se compararon ambos grupos para analizar la existencia de posibles modificaciones.

#### 4.4.1. SUJETOS DEL ESTUDIO FRECUENTACIÓN A URGENCIAS

La población de referencia que se tuvo en cuenta para ambas mediciones fueron puérperas atendidas en el HUF, procedentes de partos eutócicos cuyo puerperio clínico se hubiese desarrollado dentro de los límites fisiológicos o de normalidad y que cumpliesen los criterios de inclusión establecidos en el protocolo clínico.

Se estudiaron mujeres atendidas en el HUF durante el periodo comprendido entre marzo de 2013 y febrero de 2015 (Tabla 9).

Tabla 9: Grupos de estudio para la evaluación de la frecuentación a urgencias

<b>GRUPO CONTROL</b>	Puérperas de bajo riesgo de 1 de Marzo de 2013 a 28 de Febrero de 2014 (atención por parte del obstetra)
<b>GRUPO INTERVENCIÓN</b>	Puérperas de bajo riesgo de 1 de Marzo de 2014 a 28 de Febrero de 2015 (atención del equipo de matronas)

Para calcular el tamaño de las muestras se tuvieron en cuenta los siguientes datos referentes al año 2013 del HUF. Se atendieron un total de 1334 partos, de los cuales 24 fueron partos múltiples y 1310 partos simples.

Entre enero y octubre 85 mujeres acudieron a urgencias en el puerperio inmediato por diferentes razones, esto supuso una incidencia de 6,32%. Considerando que la intervención de la matrona en la hospitalización postparto disminuiría el número de visitas a urgencias, se consideró que habría sido efectiva si las visitas disminuyesen al menos por debajo del 4%, para ello con una potencia del 80% y un nivel de confianza del 95%, se estimó un tamaño muestral de 1427 partos en el grupo intervención y 1427 partos en el grupo control.



Para alcanzar el tamaño muestral previsto, se calculó que el seguimiento del estudio tendría que ser de aproximadamente un año desde que se inició la intervención.

Para la selección de los sujetos del estudio se tuvieron en cuenta las características definitorias de bajo riesgo obstétrico y se seleccionaron mujeres con partos eutócicos y puerperios que cumpliesen condiciones clínicas que garantizaran la ausencia de complicaciones (Tablas 10 y 11).

Tabla 10: Criterios de inclusión para la evaluación de la frecuentación a urgencias

<b>TEMPERATURA</b>	Paciente apirética 24 horas previas al alta
<b>TA</b>	Cifras de TA durante el puerperio clínico inferiores a 140/90 mmHg
<b>AUSENCIA SIGNOS/SÍNTOMAS DE ANEMIA</b>	FC: taquicardia/bradicardia Palidez mucosas Tolerancia al ortostatismo Hb posparto >9gr/dl
<b>MAMAS</b>	No dolor Ausencia de signos inflamatorios
<b>INVOLUCIÓN UTERINA</b>	Fondo uterino al alta dos traveses por debajo del ombligo
<b>LOQUIOS</b>	Cantidad menor que menstruación Olor peculiar pero NO fétido
<b>PERINÉ Y CANAL BLANDO</b>	Tacto vaginal negativo al alta Ausencia de hematomas y cuerpos extraños Ausencia de hemorroides trombosadas
<b>DOLOR</b>	No cefalea Nivel EVA <5 Localización (periné, mamas, ...)
<b>MMII</b>	Buen control con analgesia de I nivel No puntos dolorosos ni entumecimiento No palidez, no frialdad Deambulación correcta
<b>APARATO RESPIRATORIO</b>	FR en valores normales  No disnea, tos, cianosis o hemoptisis
<b>TRÁNSITO INTESTINAL</b>	Existencia ruidos intestinales No preciso evacuación las 48h posparto
<b>ELIMINACIÓN VESICAL</b>	Diuresis espontánea en 6-8 h posparto Ausencia globo vesical
<b>ESTADO EMOCIONAL</b>	Buen Estado General Ausencia de síntomas de tristeza puerperal
<b>ISOINMUNIZACIÓN RH</b>	Inmunoprofilaxis anti-D dentro de las 24-48 h posparto SI PRECISA
<b>VACUNACIÓN RUBEOLA</b>	Recomendar vacunación en AP si negativa

Tabla 11: Criterios de exclusión para la evaluación de la frecuentación a urgencias

Puérperas procedentes con parto distócico vía abdominal (cesárea) y parto distócico vía vaginal (fórceps y/o ventosa), independientemente del motivo de su indicación.

Puérperas procedentes de partos con gestación múltiple o gestaciones pretérmino (menos de 37 semanas).

Puérperas procedentes de partos eutócicos que presenten Crecimiento Intrauterino Retardado, oligohidramnios y/o polihidramnios y puérperas con muerte fetal anteparto y/o intraparto.

Puérperas con recién nacidos que presentan malformaciones mayores- menores y/o malos resultados obstétricos (ph arteria umbilical menor 7,10).

Puérperas procedentes de gestaciones con patología obstétrica (EHE, DMG insulinizada, isoimmunización, HELLP, Colestasis, alteraciones dermatológicas graves del embarazo, (...).

Puérperas procedentes de gestaciones con patología medica grave (serología HIV+, serología Hepatitis B+ activa o no controlada, serología Hepatitis C+ activa o no controlada, serología sífilis + sin tratamiento, Herpes genital, HTA crónica, DM pregestacional, patología tumoral, patología cardiaca y respiratoria, epilepsia, esquizofrenia, trastornos personalidad (...), enfermedad renal,...

Puérperas que presentan miomas patología ginecológica que precisen seguimiento y/o tratamiento (SIL alto grado, tumoraciones, miomas de gran tamaño (...).

Puérperas con hábitos tóxicos (abuso de alcohol, abuso de drogas, problemas sociales, marginalidad, violencia doméstica,...) y puérperas adolescentes, considerando adolescentes a menores de 18 años, independientemente de la disponibilidad de apoyos o recursos.

Puérperas procedentes de gestaciones no controladas y/o control escaso de la gestación, y/o gestaciones controladas en otros Centros diferentes al Hospital Universitario de Fuenlabrada, en la que no aportan informes del correcto control gestacional.

**Puérperas que hubiesen desarrollado complicaciones durante el puerperio:**

- Fiebre intraparto (Tª materna igual o superior a 38°C), con signos de sospecha de corioamnionitis y/o tratamiento antibiótico. Fiebre posparto igual o superior a 38°C últimas 24horas antes del alta.
- Puérperas que presentan tensión arterial (TA) durante el puerperio clínico, superior a 140/90 mmHg o elevación de 30 mmHg en TASistólica y/o un aumento de la TA diastólica de 15 mmHg.
- Puérperas que hayan desarrollado o presenten signos y síntomas, durante el puerperio clínico, de anemia o presenten hemoglobina materna por debajo de 9gr/dl, durante el puerperio.
- Puérperas que hayan desarrollado o presenten signos y síntomas, durante el puerperio clínico, de hemorragia posparto primaria (HPP) que requieran legrado puerperal y/o histerectomía obstétrica.
- Puérperas que precisen extracción manual de placenta con y/o sin profilaxis antibiótica.
- Puérperas que presenten retención de restos y/o coágulos que precisen legrado puerperal con o sin profilaxis antibiótica.
- Puérperas que presenten complicaciones del canal blando del parto (hematomas vulvovaginales, hematomas pelviabdominales, desgarros de Tercer grado y Cuarto grado.).
- Puérperas que presenten complicaciones relacionadas con la analgesia-anestesia obstétrica.
- Puérperas que hayan desarrollado o presenten signos y síntomas, durante el puerperio clínico, de coagulación intravascular diseminada (CID), embolia LA, TVS, TVP, mastitis puerperal, Síndrome de Sheehan, crisis tirotoxicas, patología psiquiátrica puerperal (...).

#### 4.4.2. VARIABLES FRECUENTACIÓN A URGENCIAS

Como **Variable independiente** o de exposición del estudio se consideró la atención y el alta clínica de las puérperas de bajo riesgo atendidas en la unidad de hospitalización obstétrica del HUF. En el grupo control la atención descrita fue proporcionada por el equipo de obstetras y en el grupo intervención por el equipo de matronas.

##### **Variable de resultado:**

Visita al servicio de urgencias del HUF por complicaciones, en los 40 días posteriores al alta clínica tras parto y puerperio de bajo riesgo.

##### **Variables incluidas en los análisis para evaluar frecuentación a urgencias**

En la tabla 12 aparece la relación de variables estudiadas, extraídas de los formularios del programa Selene del HUF.

Tabla 12: Relación de variables estudiadas para el análisis la frecuentación a urgencias

<b>VARIABLES</b>	
Edad	Sexo Recién Nacido
Área y zona de salud	Promoción del vínculo
Gestación controlada	Traslado neonato
Curso de la gestación	Lactancia precoz
Primípara	Lactancia materna
Sonda vesical	Puerperio inmediato
Desgarro perineal	Evolución puerperal
Episiotomía	Alta precoz
Sutura	

*Origen:* Formularios Selene HUF

A continuación se detalla cada una de ellas:

- *Edad*, variable cuantitativa continua
- *Área y Zona de salud* de la mujer, informaba acerca de la pertenencia al área que da cobertura el HUF, nos dio una idea del número de pacientes atendidas que importamos de otras áreas en incluso Comunidades Autónomas

- *Curso de la gestación*, para el análisis de la variable, ésta fue considerada dicotómica para los valores gestación de curso normal o gestación de curso patológico (considerando patológica aquella que no cumplía los criterios recogidos en el protocolo clínico del HUF) (Anexo 3).
- *Gestación Controlada*, dicotómica sí/no (se consideró gestación controlada aquella que aportó informes de seguimiento al menos del tercer trimestre completo, tanto analíticos como ecográficos)
- *Primípara*, dicotómica sí/no
- *Sonda Vesical*, dicotómica sí/no
- *Desgarros perineales*, dicotómica sí/no, a su vez el valor “sí”, podía presentar grados I, II, III y IV:
  - Desgarros de I grado, afectación de piel y mucosa vagino-perineal
  - Desgarros de II grado, afectación de piel, mucosa y músculos perineales
  - Desgarros de III grado, afectación de todo lo anterior más el esfínter anal
  - Desgarros de IV grado, afectación de todo lo anterior más la mucosa rectal
- *Episiotomía*, dicotómica sí/no
- *Sutura*, dicotómica sí/no
- *Sexo del Recién Nacido*, dicotómica varón/mujer
- *Promoción Vínculo*, dicotómica sí/no. Adquirió el valor “sí” cuando el recién nacido no fue separado de la madre en ningún momento durante los primeros 120 minutos posparto
- *Traslado Neonato*, dicotómica habitación materna/servicio de neonatos
- *Lactancia Precoz*, dicotómica sí/no. Se consideró lactancia precoz aquella que se inició durante la primera media hora posparto
- *Lactancia materna*, dicotómica sí/no
- *Puerperio inmediato*, dicotómica normal/patológico. Abarca las dos horas siguientes al parto y transcurre en el servicio de paritorio (se considera patológico aquel que no cumple criterios recogidos en el protocolo de bajo riesgo obstétrico)

- *Evolución puerperal*, dicotómica para los valores normal/patológica. Comprende desde la salida de la mujer del servicio de paritorio hasta el alta clínica (habitualmente unas 48 horas). Se considera patológico aquel que no cumple criterios recogidos en el protocolo de bajo riesgo obstétrico
- *Alta Precoz*, dicotómica sí/no. Se consideró alta precoz aquella recibida a las 24 horas del parto (habitualmente el alta clínica se recibe a las 48 horas posparto)

Con estas variables se evaluó la homogeneidad de los grupos y el posible efecto de éstas en las visitas a urgencias (variables que pudieran interaccionar o ser factores de confusión).

#### 4.4.3. RECOGIDA DE DATOS FRECUENTACIÓN A URGENCIAS

Para la extracción de datos de las variables utilizadas en el estudio se utilizaron diferentes instrumentos como los formularios clínicos pertenecientes a la historia clínica electrónica del HUF (programa SELENE):

- Formulario Urgencias de Obstetricia (Anexo 6), en él se recogen datos relativos a las causas de frecuentación a urgencias, a las características obstétricas de las pacientes, al estado general y antecedentes personales relativos a la salud,...De éste formulario fueron extraídas las variables área-zona, gestación controlada y primípara.
- Formulario Gestación Única (Anexo 7), recoge datos relativos a las características obstétrico ginecológicas de las pacientes, a la evolución de la gestación (criterios de bajo riesgo),...De él fueron explotadas las variables edad, curso de la gestación, evolución puerperal y alta precoz.

- Formulario Expulsivo/Alumbramiento (Anexo 8), recoge datos relativos al desarrollo del trabajo de parto, al periodo de alumbramiento, al estado general de madre y recién nacido,...Las variables utilizadas procedentes de este formulario fueron desgarros, episiotomía, sutura, sexo del recién nacido y promoción del vínculo.
- Formulario Puerperio Inmediato (Anexo 9), recoge datos relativos a la evolución del puerperio inmediato (primeras dos horas posparto), estado general de madre y recién nacido, tipo de alimentación del recién nacido, medicación administrada a la madre y al recién nacido,...Las variables extraídas de este formulario fueron sondaje vesical, traslado neonatal, lactancia materna y puerperio inmediato.

#### 4.4.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO FRECUENTACIÓN A URGENCIAS

A continuación se detalla el análisis estadístico realizado.

Las variables cualitativas se han presentado con su distribución de frecuencias. Las variables cuantitativas se resumen en su media y desviación típica o mediana y rango intercuartílico según sea su distribución, normal o no. Se ha comprobado la distribución de la variable frente a los modelos teóricos con el test de normalidad de Kolmogorov-Smirnoff.

Se ha calculado la incidencia acumulada de visitas a urgencias por complicaciones postparto que se presenta junto a su intervalo de confianza al 95%.

La asociación entre variables se ha evaluado mediante el test de chi cuadrado o prueba exacta de Fisher si más del 20% de las frecuencias esperadas era menor de 5. Por otra parte se ha utilizado la t de Student o la prueba no paramétrica correspondiente en el caso de comparar una variable cuantitativa y una cualitativa (117).

La medida de efecto o riesgo de las variables dependientes con respecto a las visitas a urgencias se ha calculado con el riesgo relativo y/o la Odds ratio que se presenta junto

a su intervalo de confianza al 95% (IC 95%), para lo que en caso de ser necesario, se agruparan las variables numéricas con criterios clínicos y en caso de no estar definidos con criterio estadísticos (mediana o cuartiles). Así mismo, se han obtenido las reducciones absoluta y relativa de riesgo y el número necesario de pacientes a tratar (NNT).

Se ha considerado como variable independiente principal de estudio la intervención y se ha estratificado por el resto de variables independientes incluidas en el mismo.

En el análisis se ha evaluado interacción y confusión calculando la Odds ratio de la intervención para cada uno de los estratos de las variables recogidas en el estudio y se ha presentado con su Intervalo de confianza del 95%. Para evaluar la interacción se ha estimado la Odds ratio ajustada por estratos según el método Mantel-Haenszel y se ha estimado la asociación entre la interacción con el test de Chi cuadrado.

Por último se han ajustado las medidas de efecto y estimación de los riesgos de las visitas a urgencias mediante una regresión logística binaria. Se han incluido en el modelo el grupo de estudio y las variables significativas y/o que presentan confusión o interacción en el grupo de estudio en el análisis estratificado. El método a seguir fue hacia atrás, con extracción de factores manual según la significación del cambio en  $-2$  logaritmo razón de verosimilitud. Dado que es un modelo explicativo se buscó el modelo que mejor se ajustó y que fue más parsimonioso y razonable.

Para la validez del modelo, se comprobó la bondad del ajuste con la prueba de Hosmer y Lemeshow.

En los contrastes de hipótesis se rechazó la hipótesis nula con un error de tipo I menor a 0,05.

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del paquete estadístico SPSS versión 17 para Windows.



#### 4.5. ASPECTOS ÉTICOS

Para la evaluación se utilizaron formularios clínicos existentes en la historia electrónica del hospital.

Los ficheros utilizados se encuentran registrados en la Agencia de Protección de Datos de carácter personal y cumplían con los requisitos legales. Se realizaron extracciones de datos anonimizadas de forma que los investigadores no pudiesen asociar el identificador a un paciente determinado.

Los datos extraídos deben ser conservados durante 5 años y sólo tendrían acceso a ellos los miembros del equipo investigador (Decreto 38/2012, de 13 de Marzo sobre historia Clínica y Derechos y Obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica. Capítulo IV: Conservación y expurgo de la documentación clínica. Art.19, Conservación de la documentación clínica) (118). Para asegurar la confidencialidad y garantizar el cumplimiento de la legislación vigente “Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal”, “Real decreto 172/2007 de 21 de diciembre” (119), y garantizar el cumplimiento del artículo 16 de la “Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica”, se preservaron los datos de identificación personal del paciente separándolos de los de carácter clínico asistencial, de manera que a lo largo del estudio se garantizó el anonimato en todos los registros (94).

Para ello, se solicitó que todas las extracciones de registros clínicos que se realizaron y las bases de datos utilizadas en este estudio no incluyesen datos que permitiesen identificar al individuo, disociándose en todos los casos el número de historia clínica y cualquier otro identificador del paciente del identificador interno que se utilizó en los análisis llevados a cabo.

Este identificador interno del estudio fue obtenido mediante un algoritmo de anonimización que se realizó en el momento de la descarga de los registros y al que el equipo investigador no tuvo acceso y que es el que permitió hacer los análisis sin acceder a datos identificativos de los pacientes.

Se planteó este procedimiento dada la inviabilidad de solicitar consentimiento informado a las pacientes que ya habían sido atendidas, de esta forma se salvaría la necesidad de pedir consentimiento tal y como recoge el artículo 16.3 de la ley de 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (94). El acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, se rige por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (119), y en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y demás normas de aplicación en cada caso (120). El acceso a la historia clínica con estos fines obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico asistencial, de manera que, como regla general, quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos.

En cuanto a las encuestas de satisfacción de las puérperas, se solicitaba consentimiento verbal al inicio de cada llamada, previa explicación de la intencionalidad del estudio y resolución de dudas en caso de existir. También se les ofreció la opción de desistir de la realización de la encuesta en cualquier momento. Los datos se recogieron en una base de datos anonimizada en la que no había ningún dato que pudiese identificar a las pacientes. (Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. BOE núm. 298.1999) (119).

Se cumplió la normativa ética de la Declaración de Helsinki de 1975 y sus posteriores revisiones (121).

El estudio fue aprobado por la Dirección del centro y contó con el visto bueno del Comité Ético de Investigación Clínica del hospital (Anexo 11).



# RESULTADOS



## 5. RESULTADOS

A continuación se muestran, en primer lugar, los resultados obtenidos al analizar cambios en la satisfacción percibida por las mujeres atendidas durante el periodo posparto en la unidad de hospitalización del HUF tras el inicio del nuevo protocolo de atención (introducción de las matronas en la unidad de hospitalización obstétrica para visita y alta de las mujeres con seguimiento de bajo riesgo).

En segundo lugar, se exponen los resultados obtenidos al evaluar las variaciones en la frecuentación a urgencias por complicaciones puerperales, tras la sustitución de los obstetras por matronas en la unidad de hospitalización obstétrica, para el seguimiento de puerperios de bajo riesgo.

### 5.1. RESULTADOS ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

El cuestionario telefónico fue realizado durante el periodo comprendido entre mayo y junio del año 2014. Fue contestado por un total de 160 sujetos, 80 correspondían al grupo control (mujeres atendidas y dadas de alta en la unidad de hospitalización por el equipo de obstetras) y 80 al grupo intervención (mujeres atendidas y dadas de alta en la misma unidad por el equipo de matronas).

En el grupo control (atención por obstetra), hubo que realizar un total de 98 llamadas para la obtención de la muestra, 7 casos fueron descartados por imposibilidad de localización y otros 11 se descartaron por no cumplir criterios de inclusión. Las mujeres no localizadas fueron llamadas en dos ocasiones a los teléfonos que constaban en la base de datos utilizada.

En el grupo intervención (atención por matrona), se realizaron un total de 99 llamadas. Hubo 8 sujetos no localizados y 11 se descartaron por no cumplir criterios de inclusión. Las mujeres no localizadas también fueron llamadas a los teléfonos disponibles en la

base de datos utilizada hasta en dos ocasiones al igual que ocurrió en el grupo anterior.

El análisis factorial dio un solo factor que explicó el 58.3% de la varianza. La Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin fue de 0,896, lo que mostró una alta correlación y adecuación muestral, con una prueba de esfericidad de Bartlett estadísticamente significativa  $p < 0,001$ , que sugiere una alta correlación lineal entre los ítems estudiados.

Dado que el cuestionario daba una sola dimensión, se evaluó la consistencia interna con el  $\alpha$  de Cronbach que fue de 0,851, que según la escala de Mc Dowell sería una consistencia interna del cuestionario excelente (114).

Estos datos junto con la validación de expertos y la fiabilidad test retest apuntan a que el cuestionario diseñado para el estudio fue fiable y válido.

En la tabla 13 se presentan los resultados de la comparación de los dos grupos de mujeres en cuanto a variables sociodemográficas y clínicas.

Tabla 13: Evaluación de las características de los grupos de estudio encuesta satisfacción

	Control	Intervención	p
Edad de la madre*	33,04(5,09)	31,96(4,65)	0,165
Peso recién nacido*	3,207(0,425)	3,151(0,446)	0,457
Numero nacimientos vivos previos**			0,242
0	28(35,9)	20(25)	
1	35(44,9)	46(57,5)	
2 o mas	15(19,2)	14(17,5)	
Número de abortos previos**			0,873
0	47(58,8)	47(58,8)	
1	23(28,8)	21(26,3)	
2 o mas	10(12,5)	12(15)	
Motivo del ingreso **			0,857
Parto en curso	41(51,3)	38(47,5)	
Rotura prematura de membranas	21(26,3)	26(32,5)	
Inducción al parto	11(13,8)	10(12,5)	
Otras	7(8,8)	6(7,5)	
Tipo de lactancia**			0,97
Se inicia lactancia artificial	8(10)	1(8,9)	
Se inicia lactancia materna completa	67(83,8)	67(84,8)	
Se inicia lactancia materna incompleta	5(6,3)	5(6,3)	
Sexo Recién Nacido**			0,874
Hombre	38(47,5)	37(46,3)	
Mujer	42(52,5)	43(53,8)	
Tipo de anestesia**			1
Epidural	63(80,8)	60(80)	
General	1(1,3)	1(1,3)	
Local	5(6,4)	5(6,7)	
No	9(11,5)	9(12)	

\*Valores de las variables: media (desviación). Valor de p t de Student

\*\*Valores de las variables: N (%). Valor de p test de chi cuadrado



Se observa que las diferencias en estas variables fueron muy pequeñas y no hubo ninguna estadísticamente significativa, por lo que se puede concluir que los dos grupos de mujeres fueron homogéneos en cuanto a características y tipo de atención asistencial que requerían tanto ellas como sus recién nacidos.

En cuanto a las respuestas de la encuesta, en la tabla 14 se presentan los resultados de las preguntas analizadas como variables cuantitativas con la descripción de las puntuaciones medias y su desviación, y la “p” obtenida por la t de Student para muestras independientes.

Tabla 14: Puntuaciones medias

	Control	Intervención	P*
	Media (desv.stand.)	Media (desv.stand.)	
1. Valore en qué medida se encuentra satisfecha con la identificación de los profesionales que le atendieron durante su estancia en la Unidad de hospitalización	3,56(1,386)	4,53(0,9)	<0,001
2. Valore el trato recibido por parte del personal que le atendió.	4,51(0,763)	4,74(0,497)	0,029
3. Valore como resolvió sus dudas el personal que le atendió.	4,4(0,88)	4,84(0,489)	<0,001
4. Valore la información recibida sobre cuidados al alta.	4,35(0,858)	4,73(0,746)	0,004
5. Valore la información recibida sobre lactancia materna.	4,09(1,171)	4,61(0,907)	0,002
6. Valore la información recibida sobre signos y síntomas de alarma por los que acudir a urgencias.	3,94(1,215)	4,53(0,856)	0,001
7. Valore de forma global la atención recibida durante el posparto.	4,35(0,982)	4,79(0,589)	0,001

\* t de Student

Se puede observar que el grupo de mujeres encuestadas que habían sido atendidas por las matronas durante su estancia hospitalaria puntuaron más alto en satisfacción que el grupo de mujeres que habían sido atendidas durante la estancia por obstetras. Aunque las diferencias en medias no llegan a uno sobre cinco puntos, es de destacar que en todas las preguntas las diferencias fueron estadísticamente significativas (Tabla 14).

La tabla 15 muestra las frecuencias de respuesta de cada una de las cinco opciones de respuesta que tenían 7 de las 8 preguntas. Dado que estas opciones eran una escala lickert de 1 a 5, el contraste entre los dos grupos se calculó con la Chi cuadrado de tendencia lineal.

Tabla 15: Distribución frecuencias de respuesta

	1	2	3	4	5	p*
	Nada satisfecha N (%)	Poco satisfecha N (%)	Satisfecha N (%)	Bastante satisfecha N (%)	Totalmente satisfecha N (%)	
1. Satisfacción con la identificación de los profesionales que le atendieron durante su estancia en la Unidad de hospitalización						<0,001
Control	8(10)	15(18,8)	8(10)	22(27,5)	27(33,8)	
Intervención	2(2,5)	1(1,3)	7(8,8)	13(16,3)	57(71,3)	
2. Trato recibido por parte del personal que le atendió						0,029
Control	1(1,3)	1(1,3)	5(5)	24(30)	50(62,5)	
Intervención	0(0)	0(0)	2(2,5)	17(21,3)	61(76,3)	
3. Resolvió sus dudas el personal que le atendió						<0,001
Control	2(2,5)	1(1,3)	6(7,5)	25(31,3)	46(57,5)	
Intervención	0(0)	0(0)	4(5)	5(6,3)	71(88,8)	
4. Información recibida sobre cuidados al alta						0,004
Control	1(1,3)	2(2,5)	8(10)	26(32,5)	43(53,8)	
Intervención	2(2,5)	0(0)	2(2,5)	10(12,5)	66(82,5)	
5. Información recibida sobre lactancia materna						0,002
Control	5(6,3)	2(5)	9(11,3)	23(28,8)	39(48,8)	
Intervención	2(2,5)	1(1,3)	8(10)	4(5)	65(81,3)	
6. Signos y síntomas de alarma por los que acudir a urgencias						0,001
Control	6(7,5)	5(6,3)	10(12,5)	26(32,5)	33(41,3)	
Intervención	1(1,3)	2(2,5)	7(8,8)	14(17,5)	56(70)	
7. Atención recibida durante el posparto						0,001
Control	3(3,8)	2(2,5)	5(6,3)	24(30)	46(57,5)	
Intervención	0(0)	1(1,3)	4(5)	6(7,5)	69(86,3)	

\* Chi cuadrado de tendencia lineal

Destacar de los resultados que en todos los casos las diferencias fueron estadísticamente significativas y que claramente la opción mayoritaria en el grupo de mujeres atendidas por matronas fue la puntuación más positiva, el 5, que correspondía a las totalmente satisfechas, frente al grupo atendido por obstetras que se repartió más entre las opciones 4 y 5 (Tabla 15).

Por último, la tabla 16, agrupó las opciones de respuesta en dos bloques. Por un lado mujeres satisfechas que incluirían las opciones 4 y 5 que corresponderían a las opciones positivas, y por otro las no satisfechas que incluirían las puntuaciones negativas (1 y 2) y la neutra (3), y se incluyó la pregunta de si recomendarían el hospital que era dicotómica (sí/no).

Tabla 16: Distribución frecuencias de mujeres satisfechas con la atención

	Control N (%)	Intervención N (%)	p*
1. Valore en qué medida se encuentra satisfecha con la identificación de los profesionales que le atendieron durante su estancia en la Unidad de hospitalización			<0,001
Satisfechas	49(61,3)	70(87,5)	
No satisfechas o neutras	31(38,8)	10(12,5)	
2. Valore el trato recibido por parte del personal que le atendió			0,147
Satisfechas	74(92,5)	78(97,5)	
No satisfechas o neutras	6(7,5)	2(2,5)	
3. Valore como resolvió sus dudas el personal que le atendió			0,148
Satisfechas	71(88,8)	76(95)	
No satisfechas o neutras	9(11,3)	4(5)	
4. Valore la información recibida sobre cuidados al alta			0,058
Satisfechas	69(76,3)	76(95)	
No satisfechas o neutras	11(13,8)	4(5)	
5. Valore la información recibida sobre lactancia materna			0,218
Satisfechas	62(77,5)	69(86,3)	
No satisfechas o neutras	18(22,5)	11(13,8)	
6. Valore la información recibida sobre signos y síntomas de alarma por los que acudir a urgencias			0,028
Satisfechas	59(73,8)	70(87,5)	
No satisfechas o neutras	21(26,3)	10(12,5)	
7. Valore de forma global la atención recibida durante el posparto			0,175
Satisfechas	70(87,5)	75(93,8)	
No satisfechas o neutras	10(12,5)	5(6,3)	
8. Recomendaría usted este hospital a personas conocidas			0,028
Si	74(92,5)	80(100)	
No	6(7,5)	0(0)	

\* Test de Chi cuadrado

Como se puede ver en la tabla anterior, siguieron valorando mejor la atención prestada por matronas aunque las diferencias disminuyeron.

Siguen siendo estadísticamente significativas la pregunta 1, que valoró la identificación de los profesionales. La pregunta 6, información sobre signos y síntomas de alarma y la pregunta 8, recomendación del hospital.

Quedó en el límite de la significación estadística la percepción de la satisfacción de la información recibida sobre cuidados al alta (Tabla 16).

## 5.2. RESULTADOS FRECUENTACIÓN A URGENCIAS POR COMPLICACIONES PUERPERALES

En primer lugar, se presentan los resultados obtenidos del análisis del número de urgencias por complicaciones durante el puerperio para ambos grupos de estudio.

En segundo lugar, se presentan los resultados del análisis descriptivo de las variables estudiadas para ver su comportamiento en ambos grupos.

En tercer lugar, los resultados del análisis univariado para comprobar cómo afectaba cada variable al grupo.

En cuarto lugar resultados del análisis estratificado para analizar confusión e interacción y determinar que variables debían entrar en el modelo de regresión.

Por último los resultados de la regresión logística con las variables que interaccionaban o podían generar confusión.

### 5.2.1. Análisis del número de urgencias por complicaciones puerperales

Para la evaluación de las posibles modificaciones referidas a la frecuentación a urgencias de obstetricia por complicaciones durante los primeros 40 días post alta, se revisaron un total de 2621 casos (puérperas de bajo riesgo) durante el periodo comprendido entre los años 2013 y 2014, extraídos de los formularios de registro utilizados en el HUF (descritos en apartados anteriores y anexos).

En la siguiente tabla se observa la distribución de ambos grupos de estudio, en ella se puede ver como son prácticamente idénticos.

Tabla 17: Descriptivo de casos frecuentación a urgencias por complicaciones puerperales

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
VÁLIDOS	Grupo Control	1313	50,1	50,1
	Grupo Intervención	1308	49,9	100,0
	Total	2621	100,0	

De ellas acudieron a urgencias en los primeros 40 días postparto 33 mujeres en el grupo intervención (2,5%) y 41 en el grupo control (3,1%). Esta diferencia no ha resultado estadísticamente significativa con una  $p$  de 0,354 (Figura 7).

### Frecuentación a urgencias

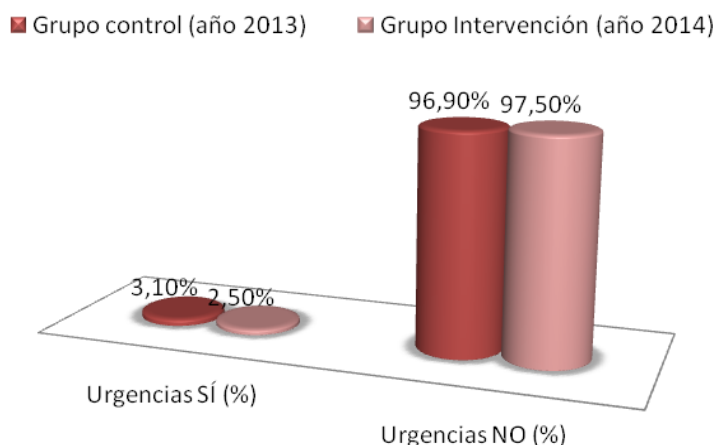


Figura 7: Frecuentación a urgencias por grupos de estudio

Un aspecto a valorar es que aunque la  $p$  no es estadísticamente significativa, hay una disminución, aunque pequeña, tanto en valor absoluto como en valor relativo del número de mujeres que acudieron a urgencias en el grupo atendido por matronas.

El riesgo relativo (RR) de esta disminución ha sido de 0,808 con un intervalo de confianza al 95% (0,514; 1,270), esto supone una reducción relativa del riesgo del 19,2% con un intervalo de confianza al 95% de (-27,7%; 48,3%) y una reducción absoluta de riesgo de 0,6% con un intervalo de confianza al 95% de (-0,67%; 1,80%).

El NNT de esta diferencia es de 167, es decir en nuestro estudio, ha disminuido 1 urgencia por cada 167 mujeres atendidas por la matrona con respecto a lo que ocurría cuando la atención la proporcionaba el obstetra. Esto es muy relevante, ya que aunque los datos no permitan afirmar que hay mejoría (los intervalos de confianza del riesgo



relativo incluyen el 1 y de las diferencias absolutas y relativas de riesgo el 0), lo que ponen de manifiesto es que los resultados no han empeorado al ser las matronas las que atienden a las púerperas de bajo riesgo.

### 5.2.2. Análisis de la media de edad de las mujeres atendidas

Para comprobar la homogeneidad de los grupos de estudio, se analizó la media de edad de las mujeres estudiadas en cada uno de ellos.

Como muestra la tabla 18, la edad media fue muy similar para ambos grupos, alrededor de los 31 años, siendo la  $p=0,691$ .

La ausencia de significación estadística indica que no hubo diferencias entre el grupo de mujeres con seguimiento y alta por parte del equipo de obstetras (año 2013) y el grupo atendido y dado de alta por matronas (año 2014). Los grupos de estudio se consideraron homogéneos (Tabla 18).

Tabla 18: Media de edad de las mujeres atendidas en ambos grupos

	Año 2013 <sup>(1)</sup>	Año 2014 <sup>(2)</sup>	p
<b>Edad materna</b>			0,691
<b>Media</b>	30,92	31,01	
<b>IC95%</b>	(30,63-31,22)	(30,73-31,29)	

(1) Grupo Control. Mujeres con seguimiento por obstetra

(2) Grupo Intervención. Mujeres con seguimiento por matrona

### 5.2.3. Resultados Área-Zona de Salud

El HUF da cobertura sanitaria a toda la población del área 9, que a su vez está estructurada en 8 zonas básicas de salud (Tabla 19).

Tabla 19: Zonas Básicas de Salud (ZBS) del área de influencia del Hospital de Fuenlabrada

ZBS	DENOMINACIÓN
1	Fuenlabrada-Cuzco
2	Fuenlabrada-Canarias-Málaga-Alicante
3	Fuenlabrada-Castilla la Nueva
4	Fuenlabrada-El Naranjo
5	Fuenlabrada-Panaderas
6	Fuenlabrada-Francia
7	Humanes de Madrid
8	Fuenlabrada-Parque Loranca

Al estudiar el número de casos analizados posteriormente, se pudo observar que el 89% de las pacientes fueron del área (2333 mujeres) frente al 11% que fueron importadas de otras áreas de salud e incluso de otras Comunidades (288 mujeres).

Al comparar área-zona de pertenencia de las mujeres atendidas con cada grupo de estudio se puede observar que la  $p$  no tuvo significación estadística (0,662), lo que indica que ambos grupos fueron homogéneos para esta variable. El RR incluyó el valor 1, indicativo de que el riesgo no estuvo aumentado por pertenecer a una u otra cohorte (Tabla 20).

Tabla 20: Análisis univariado comparando área-zona con cada grupo

	Año 2013 <sup>(1)</sup>	Año 2014 <sup>(2)</sup>	p	RR	IC95%
<b>Área-zona</b>			0,662	1,006	0,980-1,034
SI	148 (11,3)	140 (10,7)			
NO	1165 (88,7)	1168 (89,3)			

Si comparamos la variable con las visitas a urgencias, vemos que el 2,9% de las mujeres del área acudieron a urgencias durante el periodo puerperal (67 casos), mientras que el 2,4% (7 casos) pertenecía a otras áreas.

Obsérvese que el valor de  $p$  no tiene significación y la Odds también incluye el valor 1, con lo que no se incrementa el riesgo de venir a urgencias por no pertenecer al área (Tabla 21).

Tabla 21: Análisis comparativo área-zona con visitas a urgencias

	<b>Incidencia acumulada*</b>	<b>RR</b>	<b>IC95%</b>	<b>p</b>
<b>Área-zona</b>		1,182	0,540-2,611	0,67
<b>SÍ</b>	67 (2,9)			
<b>NO</b>	7 (2,4)			

\*De visitas a urgencias en el puerperio inmediato

Al analizar la variable por estratos, se puede ver que de las pacientes pertenecientes al área del HUF (2333 mujeres), acudieron a urgencias en el grupo control el 3,3% del total (38 mujeres), mientras que del grupo intervención tan solo el 2,5% (29 mujeres) precisaron de atención en urgencias.

Los resultados del valor de  $p$  no fueron significativos como puede verse en la figura 8.

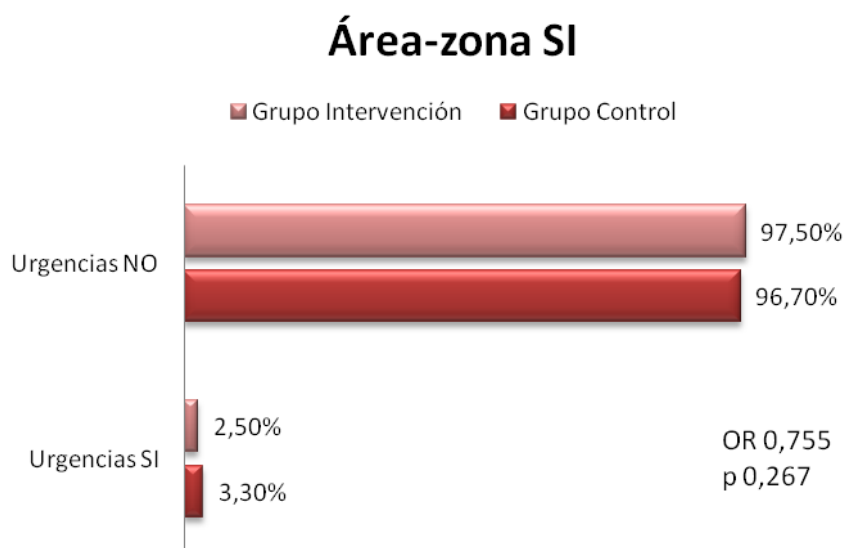


Figura 8: Análisis por estratos muestra perteneciente al área del HUF

Para las pacientes de fuera del área (288 mujeres), los resultados no tuvieron significado estadístico, aunque la frecuentación a urgencias fue algo mayor en el grupo

atendido por matronas (a diferencia de pacientes del área). En este caso, acudieron a urgencias el 2% de las pacientes con seguimiento por obstetras (3 mujeres) y el 2,9% de pacientes con seguimiento por el equipo de matronas (4 mujeres).

La  $p$  del análisis realizado no tuvo significación estadística, por lo que esta variable no parece que pudiese producir confusión (Figura 9).

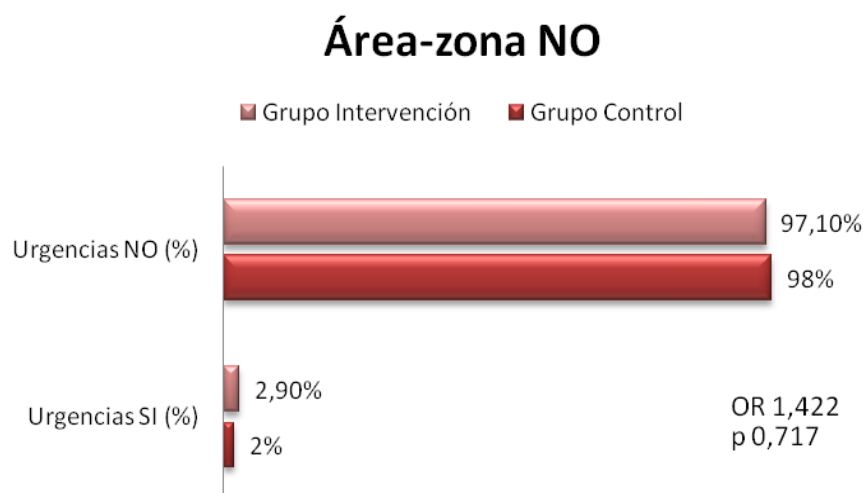


Figura 9: Análisis por estratos muestra mujeres de otras áreas

En la siguiente tabla se realizó el análisis con la Odds ratio ajustada por estratos.

Tabla 22: Odds Ratio ajustada por estratos para área-zona

	Odds Ratio por estratos	IC95%	p*	OR ajustada	P de interacción**
<b>Global</b>	0,803	0,504-1,278	0,354		
<b>Área-zona</b>				0,802	0,357
<b>SI</b>	0,755	0,462-1,233	0,267		
<b>NO</b>	1,422	0,312-6,468	0,717		

\*p test chi cuadrado

\*\*Estimación de la razón de ventajas común de Mantel-Haenszel

Podemos observar que la Odds Ratio por estratos es muy diferente para ambos grupos, la variable podría ocasionar interacción, pero la ajustada (0,802) es casi idéntica a la bruta (0,803) resultado de cruzar el grupo con las visitas a urgencias, lo que indica que no está interaccionando.

A su vez, la  $p$  de interacción no es significativa (0,357), por lo que parece que la variable no está afectando a las visitas a urgencias.

#### 5.2.4. Resultados Gestación Controlada

Para el análisis del control gestacional, se tuvo en cuenta el tercer trimestre, ya que al realizarse un seguimiento continuado de las pacientes durante toda la gestación, si éste estuvo completo, en él debería quedar reflejado el curso del embarazo con las posibles complicaciones surgidas durante su desarrollo.

Se consideró la variable dicotómica SÍ/NO, adquiriendo el valor afirmativo cuando la paciente aportó informes completos del tercer trimestre de gestación, tanto analíticos como ecográficos.

Como se puede apreciar en la tabla 23, del total de mujeres estudiadas (2621), el 95% tenían un buen control de la gestación (2491 mujeres) frente al 2,6% restante (68 mujeres) que no se controlaron durante el embarazo.

Tabla 23: Descriptivo casos para la variable Gestación Controlada

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>VÁLIDOS</b>	<b>SI</b>	2491	95,0	97,3
	<b>NO</b>	68	2,6	100,0
	Total	2559	97,6	
<b>Perdidos</b>		62	2,4	
<b>TOTAL</b>		2621	100,0	

Además del curso de la gestación, también se analizó el lugar donde se llevó a cabo la atención parto, con esto se pudo llevar un control del número de mujeres con seguimiento en otros centros que eligieron finalmente el HUF para el nacimiento de su hijo (Tabla 24).

Tabla 24: Descriptivo tipo de control gestacional

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>VÁLIDOS</b>	<b>Control en HUF</b>	2328	88,8	91,0
	<b>Control en otros centros</b>	163	6,2	97,3
	<b>Escaso control gestacional</b>	55	2,1	99,5
	<b>Sin controlar</b>	13	0,5	100,0
	<b>Total</b>	2559	97,6	
<b>Perdidos</b>	<b>1</b>	62	2,4	
<b>TOTAL</b>		2621	100,0	

Como muestra la tabla anterior, del total de mujeres con una gestación controlada (2491), un 88,8% realizaron el control del embarazo en su totalidad en el HUF (2328 mujeres), mientras que un 6,2% (163 casos) habían realizado un control extra clínico.

Al analizar la distribución de la variable por grupos de estudio se puede ver que del total de la muestra, 1253 mujeres de las que tuvieron una gestación controlada pertenecieron al grupo control (97,4%) y 1238 al grupo intervención (97,4%), como se puede observar los grupos fueron homogéneos, con una  $p$  de 0,807 y un RR de 0,998, no siendo estos significativos (Tabla 25).

Tabla 25: Análisis de la variable Gestación Controlada por grupos

	Año 2013 <sup>(1)</sup>	Año 2014 <sup>(2)</sup>	p	RR	IC95%
<b>Control de la gestación (%)</b>			0,807	0,998	0,985-1,011
<b>SI</b>	1253 (97,4)	1238(97,3)			
<b>NO</b>	33 (2,6)	35 (2,7)			

(1) Año 2013. Visita y alta obstetra

(2) Año 2014. Visita y alta matrona

También se analizó si el control de la gestación influía en las visitas a urgencias (Tabla 26).

Tabla 26: Comportamiento de la variable Gestación Controlada en relación a las visitas a urgencias

	Incidencia Acumulada*	RR	IC95%	p
<b>Control de la gestación</b>		1,965	0,277-13,936	0,155
<b>SI</b>	72 (2,9)			
<b>NO</b>	0 (0)			

\*De vistas a urgencias en los 40 días post alta

Como se puede ver en la tabla anterior, no ha habido visitas a urgencias de las mujeres que no han tenido un control correcto de la gestación, hecho que pone de manifiesto que existe un grupo de mujeres que no utiliza los recursos sanitarios y que únicamente utiliza el sistema sanitario para parir.

A continuación se realizó un análisis por grupos y visitas a urgencias de las mujeres con la gestación controlada.

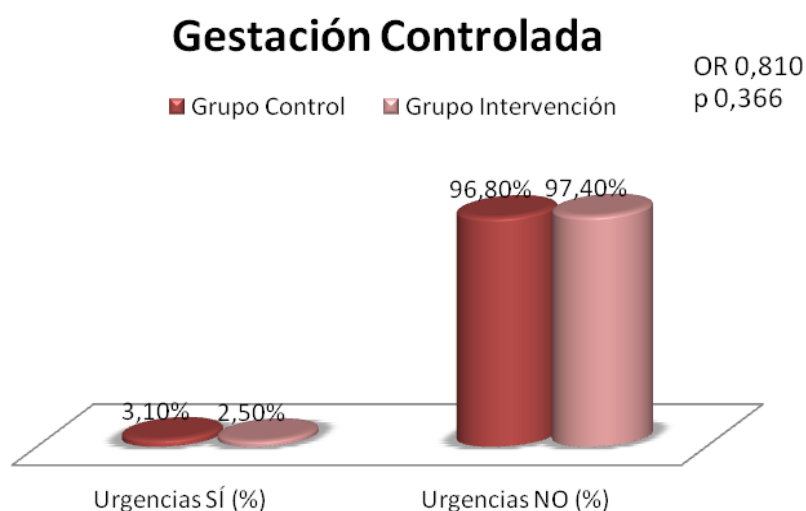


Figura 10: Análisis por estratos para Gestación Controlada

Como se puede visualizar en el figura 10, del total de mujeres pertenecientes al grupo intervención con una gestación controlada (1238 casos), la incidencia de visitas a

urgencias fue del 2,5% (32 mujeres) frente al 3,1% (40 mujeres) del grupo control. La Odds Ratio fue de 0,810 y la  $p$  0,366.

No hubo ningún caso para la opción Gestación NO controlada que acudiese a urgencias durante el puerperio.

La variable no pareció estar interaccionando ni generando confusión.

#### 5.2.5. Resultados Curso de la Gestación

Para el análisis de la variable, ésta fue considerada dicotómica para los valores gestación de curso normal o gestación de curso patológico (considerando patológica aquella que no cumplía los criterios recogidos en el protocolo clínico del HUF) (Anexo 4).

Como se puede apreciar en la siguiente tabla, del total de la muestra estudiada (2621 mujeres), en un porcentaje importante de los casos, la gestación evolucionó de forma fisiológica (Tabla 27).

Tabla 27: Descriptivo casos variable Curso de la Gestación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>VÁLIDOS</b>	<b>Normal</b>	1912	72,9	73,6
	<b>Patológico</b>	686	26,2	100,0
	<b>Total</b>	2598	99,1	
<b>Perdidos</b>		23	0,9	
<b>TOTAL</b>		2621	100,0	

En los casos en los que durante la gestación las mujeres tuvieron algún tipo de complicación (686), a pesar de tener posteriormente partos de bajo riesgo y puerperios fisiológicos, los motivos derivados de problemas gestacionales relacionados con el feto comprendieron el 4,7% (122 casos), los relacionados con complicaciones maternas el 8,4% (220 casos) y la patología gravídica supuso el 7% (183 casos).



Si comparamos la distribución de la variable por grupos de estudio, se puede ver que aunque las diferencias parecen mínimas, el análisis tuvo una  $p$  significativa (0,009) (Tabla 28). Parece que el grupo de los obstetras (año 2013) tuvo un riesgo algo mayor de que las pacientes tuviesen una evolución patológica del embarazo.

Tabla 28: Distribución de la variable Curso de la Gestación por grupos

	Año 2013 <sup>(1)</sup>	Año 2014 <sup>(2)</sup>	p	RR	IC95%
<b>Curso de la gestación n (%)</b>			0,009	0,894	0,823-0,971
<b>Normal</b>	929 (71,4)	983 (75,8)			
<b>Patológico</b>	373 (28,6)	313 (24,2)			

(1) Año 2013. Visita y alta obstetra

(2) Año 2014. Visita y alta matrona

Otro aspecto valorado fue la influencia de la variable en las visitas a urgencias. Como se muestra en la siguiente tabla, no parece que haber tenido una evolución normal o no de la gestación tenga una gran influencia en las visitas a urgencias, una incidencia del 2,8% (53 casos) para el grupo con evolución normal frente al 3,1% (21 casos) para las gestaciones patológicas. El riesgo no fue significativo (RR 0,906).

Tabla 29: Comparación de la variable Curso de la Gestación con las visitas a urgencias

	Incidencia Acumulada*	RR	IC 95%	p
<b>Curso de la gestación</b>		0,906	0,550-1,490	0,696
<b>Normal</b>	53 (2,8)			
<b>Patológico</b>	21 (3,1)			

\*De visitas a urgencias durante el puerperio

Por último se realizó un análisis estratificado de la variable para comprobar si esta podía ser factor de confusión o pudiese estar generando interacción.

En el siguiente gráfico se puede ver como en los casos en los que la gestación evolucionó normalmente (1912 mujeres), la incidencia de visitas a urgencias para las que fueron atendidas en el grupo control (año 2013, atención por obstetras) fue del 2,6% (24 mujeres), mientras que en grupo intervención (año 2014) llegó hasta el 3% (29 mujeres). Las diferencias no fueron significativas con una  $p$  de 0,625 y una OR de 1,146 (Figura 11).

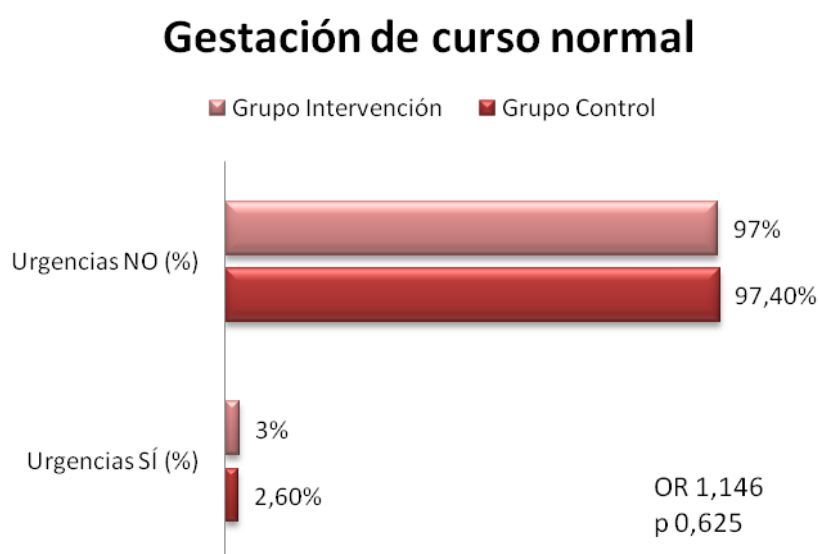


Figura 11: Análisis estratificado variable curso de la gestación normal

En el análisis de los casos de gestaciones con algún tipo de patología (un total de 686 mujeres), se puede observar como la incidencia de visitas a urgencias para el grupo control (año 2013) fue del 4,6% (17 mujeres), frente al 1,3% (4 mujeres) para el grupo intervención (año 2014).

La OR del análisis fue de 0,271 y la  $p$  fue de 0,013, ambas estadísticamente significativas (Figura 12).

## Gestación de curso patológico

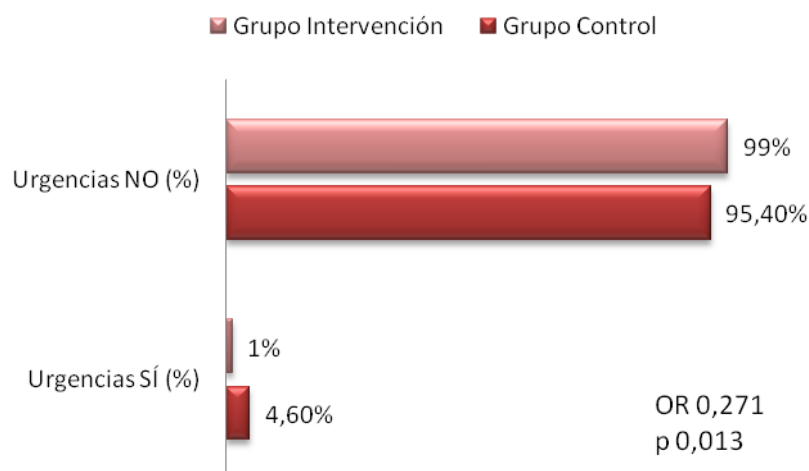


Figura 12: Análisis estratificado variable curso de la gestación patológico

Al presentar la comparación de las Odds Ratio ajustada por estratos, se puede ver como son muy diferentes en cada uno de ellos, por lo que la variable podría estar interaccionando. Se incluyó en el modelo de regresión posterior para su análisis.

La OR bruta (0,803) es similar a la ajustada (0,805), por lo que parece que no generaba confusión (Tabla 30).

Tabla 30: Odds Ratio ajustada por estratos para la variable Curso de la Gestación

	Odds Ratio por estratos	IC95%	p*	OR ajustada	p de interacción**
<b>Global</b>	0,803	0,504-1,278	0,354		
<b>Curso gestación</b>				0,805	0,364
<b>Normal</b>	1,146	0,662-1,984	0,625		
<b>No normal</b>	0,271	0,090-0,814	0,013		

\*p test chi cuadrado

\*\*p de la estimación de odds ratio ajustada según el método de Mantel-Haenszel

### 5.2.6. Resultados Primípara

Se realizó un análisis para determinar la influencia de la paridad en la frecuentación a urgencias, a causa de la importancia que los profesionales sabemos que tiene este dato en particular durante el periodo puerperal.

Para ello, se analizó la variable Primípara, considerándola como dicotómica Sí/No.

Del total de mujeres estudiadas (2621), fueron primíparas el 40,5% (1041 mujeres) y multíparas el 59,5% restantes (1529) (Tabla 31).

Tabla 31: Descriptivo casos para la variable Primípara

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>VÁLIDOS</b>	<b>SÍ</b>	1041	40,5	40,5
	<b>NO</b>	1529	59,5	100,0
	<b>Total</b>	2570	98,1	
<b>Perdidos</b>		51	1,9	
<b>TOTAL</b>		2621	100,0	

Al comparar como se distribuye la variable en los grupos estudiados durante 2013 y 2014, podemos observar la existencia de diferencias de mujeres primíparas en el grupo control (52,4%) y en el grupo intervención (47,6%).

Se puede visualizar también como el valor de  $p$  es estadísticamente significativo (0,044) y el RR no incluye el valor 1 (Tabla 32).

Tabla 32: Análisis univariado comparando la variable Primípara por grupos

	Año 2013 <sup>(1)</sup>	Año 2014 <sup>(2)</sup>	p	RR	IC95%
<b>Primípara n (%)</b>			0,044	0,515	0,276-0,959
<b>SI</b>	546 (52,4)	495 (47,6)			
<b>NO</b>	742 (48,5)	787 (51,5)			

(1) Año 2013. Visita y alta obstetra

(2) Año 2014. Visita y alta matrona

Otro aspecto que se valoró fue la incidencia de visitas a urgencias en cada grupo.

Tabla 33: Comparación de la variable Primípara con las visitas a urgencias

		<b>Incidencia Acumulada*</b>	<b>RR</b>	<b>IC 95%</b>	<b>p</b>
<b>Primípara</b>	<b>SÍ</b>	44 (4,2)	2,154	1,377-3,531	0,001
	<b>NO</b>	30 (2)			

\*De visitas a urgencias durante el puerperio

Como se puede apreciar en la tabla anterior, ser primípara parece ser un factor de riesgo para que las mujeres acudan a la urgencia de obstetricia durante el puerperio, un 4,2% frente al 2%, con un RR de 2,154 que ha resultado ser estadísticamente significativo.

Posteriormente analizamos la variable por estratos para ver si estaba interaccionando o podía generar confusión.

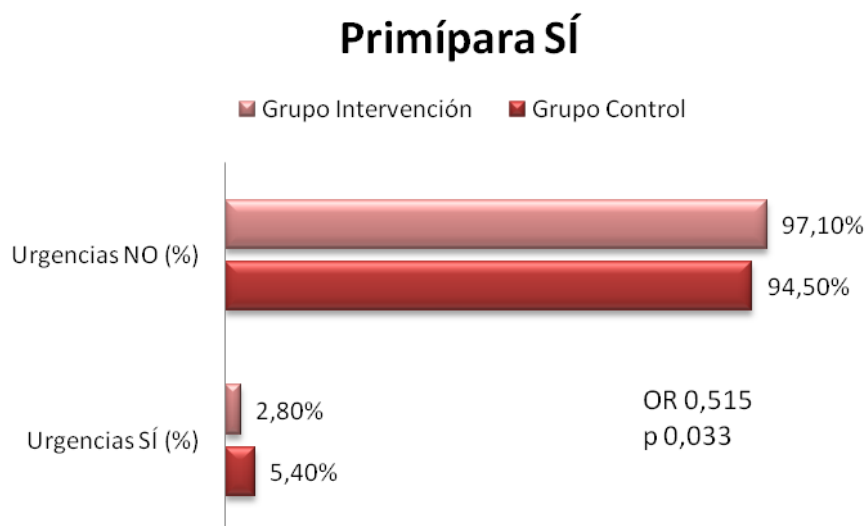


Figura 13: Análisis por estratos de la variable primípara Sí

Tal y como se puede observar en la figura 13, del total de casos de mujeres primíparas (1041), la incidencia de visitas a urgencias en el grupo control (año 2013) fue del 5,4%

(30 mujeres) frente al 2,8% (14 mujeres) para el grupo intervención que fue el atendido por matronas durante el año 2014. La Odds Ratio fue de 0,515 y la  $p$  de 0,033, siendo estos valores significativos para el análisis.

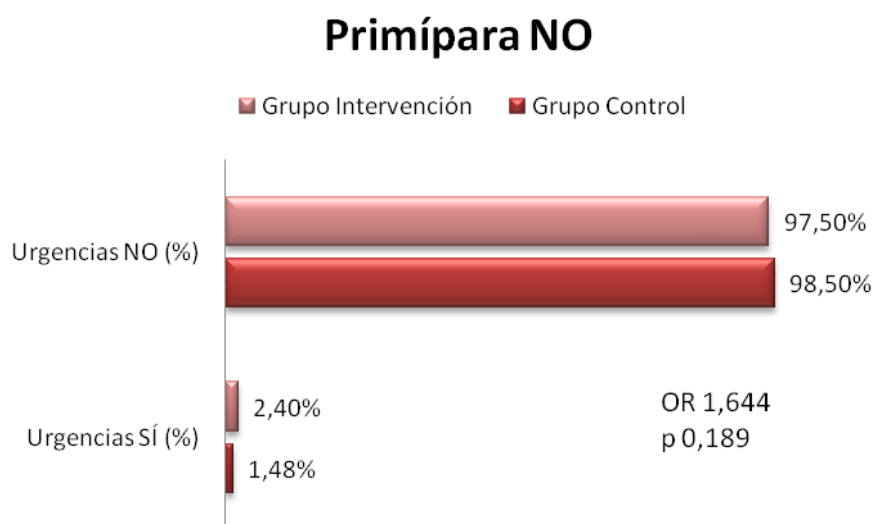


Figura 14: Análisis por estratos de la variable primípara NO

Para los casos de mujeres multíparas, del total de sujetos estudiados (1529), en el grupo control la incidencia de visitas a urgencias durante el puerperio fue del 1,48% (11 mujeres), mientras que en el intervención fue del 2,4% (19 mujeres). La Odds Ratio fue de 1,644 y el valor de  $p$  0,189, sin significación estadística (Figura 14).

También se compararon las OR ajustadas por estratos para comprobar la interacción y la confusión.

Tabla 34: Odds ajustada por estratos para la variable Primípara

	Odds Ratio por estratos	IC95%	p*	OR ajustada	p de interacción**
<b>Global</b>	0,803	0,504-1,278	0,354		
<b>Primípara</b>				0,826	0,425
<b>SÍ</b>	0,501	0,262-0,956	0,033		
<b>NO</b>	1,644	0,777-3,479	0,189		

\*p test chi cuadrado

\*\*p de la estimación de odds ratio ajustada según el método de Mantel-Haenszel

Como muestra la tabla 34, hay una diferencia importante en las OR de cada grupo (0,501/1,644), por lo que podemos considerar que la variable podría estar interaccionando.

Por otra parte la Odds Ratio bruta (0,803) es similar a la ajustada (0,826), por lo que no parece que genere confusión.

Dadas las diferencias entre las odds ratio de los grupos y para controlar el posible efecto que pueda tener esta variable se ha incluido en el modelo de regresión logística descrito en apartados posteriores.

#### 5.2.7. Variable Sondaje Vesical

Durante el periodo estudiado, un 65,5% del total de las mujeres de la muestra fueron sondadas en algún momento del periodo puerperal, generalmente durante el puerperio inmediato en el servicio de paritorio (para el vaciado vesical previo al traslado a la unidad de hospitalización obstétrica).

Esto supuso 1718 casos. El resto de mujeres no precisó vaciado vesical posparto (34,5%) (Tabla 35).

Tabla 35: Descriptivo casos Sondaje Vesical

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
VÁLIDOS	SÍ	1718	65,5	65,5
	NO	903	34,5	100,0
	Total	2621	100,0	

Cuando comparamos la variable por grupos de estudio, pudimos observar la homogeneidad de ambas cohortes. En el grupo atendido por los obstetras hubo un 62,6% de sondajes (822 mujeres) y en el de matronas un 68,5% (896 mujeres). El riesgo de ser sondado por pertenecer a uno u otro grupo fue estadísticamente significativo (Tabla 36).

Tabla 36: Comparación de la variable Sondaje Vesical por grupos

	Año 2013 <sup>(1)</sup>	Año 2014 <sup>(2)</sup>	p	RR	IC95%
<b>Sonda Vesical</b>			0,001	1,094	1,035-1,157
<b>SÍ</b>	822 (62,6)	896 (68,5)			
<b>NO</b>	491 (37,4)	412 (31,5)			

(1) Año 2013. Visita y alta obstetra

(2) Año 2014. Visita y alta matrona

Al analizar la variable con las visitas a urgencias, comprobamos que un 3% de las pacientes que precisaron vaciado vesical posparto (52 casos) acudieron a urgencias, frente a un 2,4% de las que no fueron sondadas (22 casos). El valor de  $p$  no tuvo significación estadística (Tabla 37).

Tabla 37: Tabla de frecuencias Sondaje Vesical con visitas a urgencias

	Incidencia acumulada*	RR	IC 95%	p
<b>Sonda Vesical</b>		1,242	0,754-2,071	0,386
<b>SÍ</b>	52 (3,0)			
<b>NO</b>	22 (2,4)			

\*De visitas a urgencias en el puerperio inmediato

En el análisis estratificado pudimos ver que del total de mujeres que fueron sondadas en el periodo estudiado (1718), el 3,2% de las que acudieron a urgencias (26 mujeres) pertenecían al grupo control, mientras que el 2,9% estaban incluidas en el grupo intervención (Figura 15).



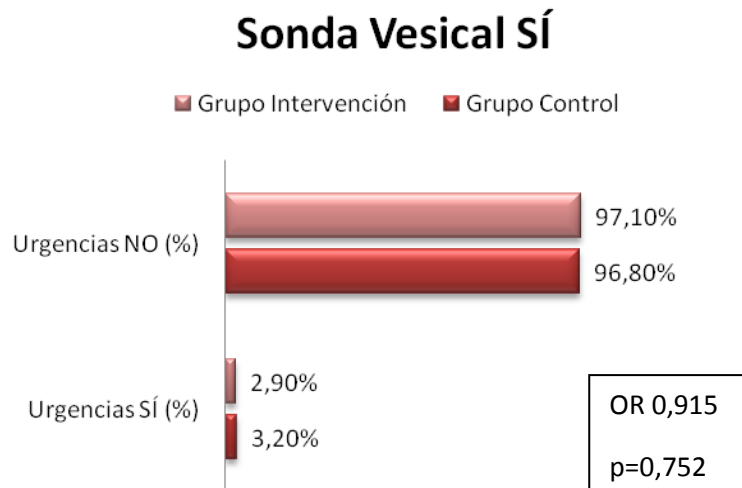


Figura 15: Tabla de frecuencias Sonda Vesical SÍ

Para las mujeres que no precisaron sondaje (903 casos), un 3,1% de las que acudieron a urgencias eran casos del grupo control (15 mujeres) frente al 1,7% que perteneció al grupo atendido por matronas (7 mujeres). El valor de  $p$  no fue significativo (Figura 16).

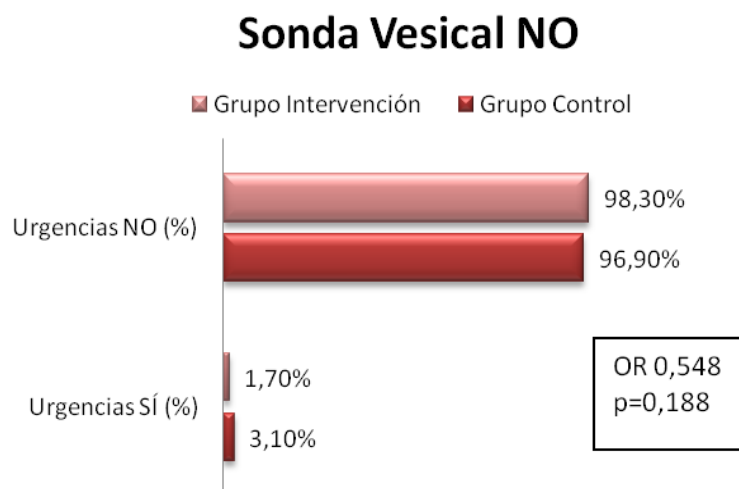


Figura 16: Tabla de frecuencias Sonda Vesical NO

Para ambas mediciones, el grupo de matronas obtuvo mejores resultados clínicos.

Una vez más, se analizó la Odds Ratio ajustada por estratos (Tabla 38).

Tabla 38: OR ajustada por estratos para Sondaje Vesical

	Odds Ratio por			OR	p de
	estratos	IC 95%	p*	ajustada	interacción**
<b>Global</b>	0,803	0,504-1,278	0,354		
<b>Sonda Vesical</b>				0,791	0,325
<b>SÍ</b>	0,915	0,527-1,589	0,752		
<b>NO</b>	0,548	0,221-1,358	0,188		

\*p test chi cuadrado

\*\*Estimación de la razón de ventajas común de Mantel-Haenszel

En el análisis se puede ver como las OR para cada estrato tienen más de un 10% de diferencia, por lo que la variable podría estar interaccionando. Esto hizo que se tomara la decisión de incluirla en el modelo de regresión posterior para controlar el posible efecto que pudiera tener en las visitas a urgencias.

#### 5.2.8. Resultados desgarros y episiotomía

Para el análisis de las lesiones perineales, se estudiaron por un lado los diferentes tipos de desgarros perineales y por otro la existencia de episiotomía.

Del total de mujeres de la muestra (2621), el 58,5% presentaron algún tipo de desgarro perineal (1534 mujeres) y al 19,4% se les realizó una episiotomía (509 mujeres). El 22,1% tuvieron un periné íntegro (Tablas 39 y 40).

Tabla 39: Descriptivo casos Desgarro Perineal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>VÁLIDOS</b>	<b>SÍ</b>	1534	58,5	58,5
	<b>NO</b>	1087	41,5	100,0
	<b>Total</b>	2621	100,0	

Tabla 40: Descriptivo casos Episiotomía

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
VÁLIDOS	SÍ	509	19,4	19,4
	NO	2112	80,6	100,0
	Total	2621	100,0	

A su vez, del total de mujeres que habían presentado desgarros perineales se analizaron los tipos de desgarro sufridos en cada caso.

Como muestra la tabla 41, de las 1534 mujeres que presentaron algún tipo de desgarro, tan solo 20 casos sufrieron desgarros de III o IV grado, el resto fueron de I y II grado.

Tabla 41: Descriptivo tipos de Desgarro Perineal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
VÁLIDOS	No desgarro	1087	41,5	41,5
	Desgarro I	852	32,5	74,0
	Desgarro II	662	25,3	99,2
	Desgarro III	19	0,7	100,0
	Desgarro IV	1	0,0	100,0
	Total	2621	100,0	

Al comparar las variables por grupos, observamos que para los casos de episiotomía, las episiotomías realizadas son diferentes en los dos grupos y las diferencias son estadísticamente significativas (valor de  $p=0,034$ ), lo que indica que podría estar interaccionando o provocando confusión. Esto hace que se haya incluido posteriormente en el análisis realizado mediante regresión logística.

Sin embargo, para el caso de los desgarros perineales, el valor de  $p$  no tuvo importancia estadística ( $p>0,05$ ). En este caso los grupos estudiados se consideraron homogéneos (Tabla 42).

Tabla 42: Análisis univariado por grupos para Episiotomía y Desgarros

	Año 2013 <sup>(1)</sup>	Año 2014 <sup>(2)</sup>	p	RR	IC95%
<b>Episiotomía</b>			0,034	1,189	1,017-1,391
<b>SÍ</b>	233(17,1)	276 (21,1)			
<b>NO</b>	2080 (82,3)	1032 (78,9)			
<b>Desgarros n (%)</b>			0,211	0,981	0,919-1,046
<b>No Desgarro</b>	537 (40,9)	550 (42)			
<b>Desgarro I</b>	541 (34,3)	401 (30,7)			
<b>Desgarro II</b>	316 (24,1)	346 (26,5)			
<b>Desgarro III</b>	9 (0,7)	10 (0,8)			
<b>Desgarro IV</b>					

(1) Año 2013. Visita y alta obstetra

(2) Año 2014. Visita y alta matrona

Cuando comparamos cada variable con la visita a urgencias, obtuvimos los siguientes resultados (Tabla 43).

Acudieron a urgencias el 2,9% de las mujeres a las que les fue practicada una episiotomía (15 casos), mientras que de las que habían sufrido un desgarro en cualquiera de sus grados, acudieron el 3,1% (48 casos).

En ninguno de los dos supuestos, el valor de *p* fue significativo.

Tabla 43: Resultados relación de las variables Episiotomía y Desgarros con visitas a urgencias

	Incidencia acumulada*	RR	IC95%	p
<b>Episiotomía</b>		1,055	0,598-1,878	0,851
<b>SÍ</b>	15 (2,9)			
<b>NO</b>	59 (2,8)			
<b>Desgarro</b>		1,308	0,817-2,095	0,262
<b>SÍ</b>	48(3,1)			
<b>NO</b>	26 (2,4)			

\*De visitas a urgencias durante los 40 días post alta

Al analizar cada variable por estratos se obtuvieron los siguientes datos.

En los casos de mujeres con episiotomía, acudieron a urgencias un total de 15 mujeres, lo que representa un 2,9% del total de la muestra. De ese porcentaje, un 3%(n=7) perteneció al grupo control (atención por obstetras en 2013) y un 2,9% (n=8) al grupo intervención. El grupo atendido por matronas tuvo menos urgencias relacionadas con la episiotomía.

La Odds Ratio de este análisis fue de 0,964 y la  $p=0,944$ .

Para los casos de mujeres sin episiotomía, acudieron a urgencias un 2,8% del total de la muestra (58 sujetos). De ellas, un 3,1% perteneció al grupo control (34 mujeres) y un 2,4% al grupo intervención (25 mujeres). También los resultados de las matronas fueron mejores en este supuesto.

La Odds Ratio para este grupo fue de 0,764 y la  $p=0,312$  (Figura 17).

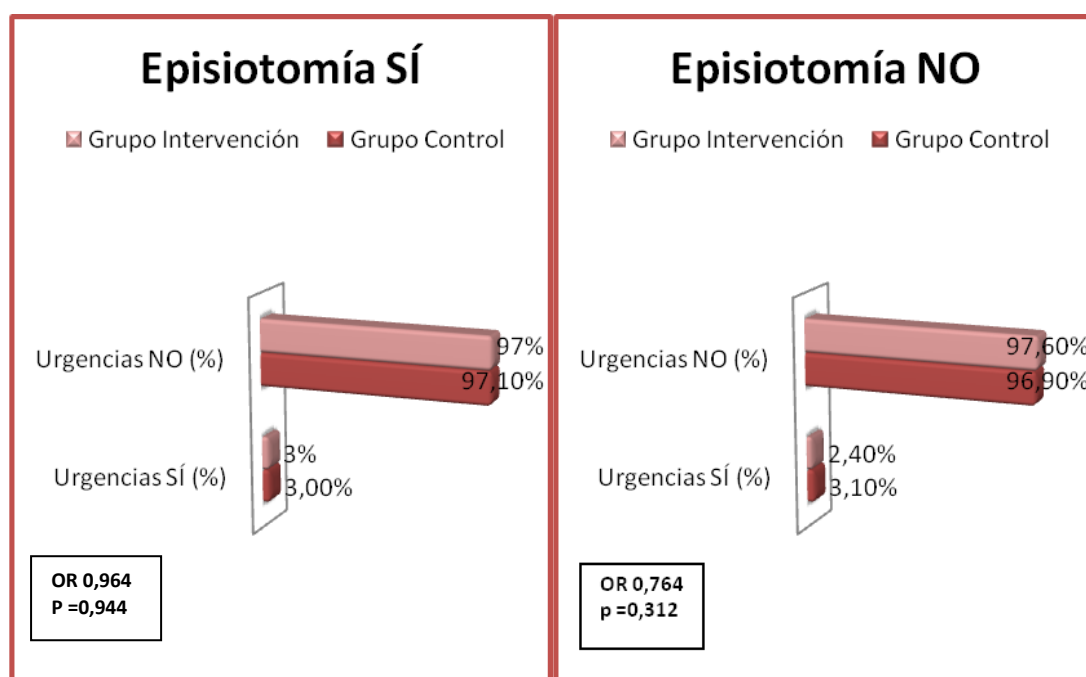


Figura 17: Análisis estratificado realización de episiotomía

Al analizar la variable desgarro perineal, pudimos observar que un total de 758 mujeres presentaron algún tipo de desgarro frente a 550 sujetos que no presentaban.

De las mujeres con desgarro en periné (3,1%), un 3,2% de las que acudieron a urgencias pertenecían al grupo control (25 casos), frente al 3% del grupo intervención (23 casos). La OR de este análisis fue de 0,940 y se obtuvo una  $p=0,833$ .

El grupo atendido por matronas tuvo menos urgencias que el grupo médico.

De las mujeres que no presentaron desgarro (2,4%), un 3% formaba parte del grupo control (16 casos) y un 1,8% del grupo atendido por matronas (10 casos). Para este grupo la OR fue de 0,603 y la  $p=0,210$  (Figura 18).

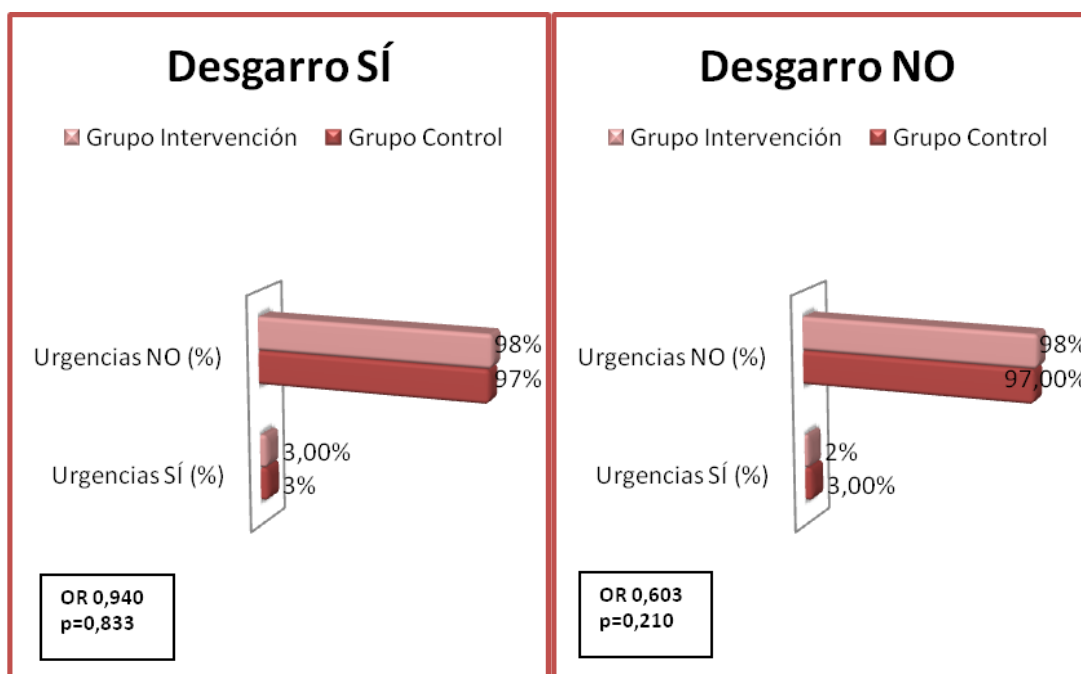


Figura 18: Análisis estratificado desgarros perineales

Cuando ajustamos la OR por estratos para la variable episiotomía se observó que los valores tenían una diferencia de más del 10%, por lo que podría estar interaccionando. Sin embargo la  $p$  de interacción no tiene significación estadística y la OR bruta es muy parecida a la ajustada, por lo que presumiblemente no es una variable de confusión.

Dado que la distribución de la episiotomía es distinta en los dos grupos y las odds ratio en los dos grupos en el análisis estratificado son diferentes en más de un 10% se decidió incluirla en el modelo de regresión logística para su análisis (Tabla 44).

Tabla 44: OR ajustada para las variables Episiotomía y Desgarros

		<b>Odds Ratio por estratos</b>	<b>IC95%</b>	<b>p*</b>	<b>OR ajustada</b>	<b>p de interacción**</b>
<b>Global</b>		0,803	0,504-1,278	0,354		
<b>Episiotomía</b>					0,801	0,350
	<b>SÍ</b>	0,964	0,344-0,2699	0,944		
	<b>NO</b>	0,764	0,452-1,289	0,312		
<b>Desgarros</b>					0,806	0,362
	<b>SÍ</b>	0,94	0,529-1,671	0,833		
	<b>NO</b>	0,603	0,271-1,341	0,21		

\*p test chi cuadrado

\*\*Estimación de la razón de ventajas común de Mantel-Haenszel

Para el caso de los desgarros, la  $p$  de interacción indica que no es una variable de confusión, por lo que no se incluyó en el modelo de logística.

#### 5.2.9. Resultados Sutura

Para el estudio de la variable, ésta fue considerada como dicotómica SÍ/NO. Se consideró con valor positivo cuando las puérperas presentaron cualquiera de los tipos de sutura perineal posparto, siendo a su vez negativa cuando las puérperas presentaron periné íntegro.

De los 2621 casos estudiados, el 74,6% precisaron sutura perineal posparto (1955 casos) y un 25,4% no presentaron lesiones perineales con necesidad de reparación (666 mujeres) (Tabla 45).

Tabla 45: Descriptivo casos Sutura Perineal

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>VÁLIDOS</b>	<b>SÍ</b>	1955	74,6	74,6
	<b>NO</b>	666	25,4	100,0
	<b>Total</b>	2621	100,0	

Al realizar la comparación de la distribución de la variable por grupos, observamos como de las mujeres que presentaron sutura perineal (1955), el 73,8% pertenecía al grupo control (969 mujeres), mientras que un 75,4% eran casos del grupo intervención (986 mujeres). Ambos son prácticamente idénticos.

El valor de  $p$  en el análisis no fue significativo y el RR incluyó el valor 1. Pertenecer a uno u otro no supuso un factor de riesgo para la sutura (Tabla 46).

Tabla 46: Análisis univariado comparando la variable Sutura por grupos

	Año 2013 <sup>(1)</sup>	Año 2014 <sup>(2)</sup>	p	RR	IC95%
<b>Sutura</b>			0,37	1,021	0,977-1,068
<b>SÍ</b>	969 (73,8)	986 (75,4)			
<b>NO</b>	344 (26,2)	322 (24,6)			

(1) Año 2013. Visita y alta obstetra

(2) Año 2014. Visita y alta matrona

Al analizar la influencia de la variable en las visitas a urgencias se observó que de los casos que precisaron sutura, un 3% (58 mujeres) acudieron a la urgencia en el puerperio frente al 2,4% que no tuvo visitas en el posparto. El riesgo relativo no fue significativo (1,235) (Tabla 47).

Tabla 47: Tabla de frecuencias Sutura Perineal

	Incidencia acumulada*	RR	IC 95%	p
<b>Sutura</b>		1,235	0,715-2,133	0,448
<b>SÍ</b>	58 (3,0)			
<b>NO</b>	16 (2,4)			

\*De visitas a urgencias en el puerperio inmediato

Por último, se realizó un análisis por estratos para ver si la variable podía ser factor de confusión o causar interacción.

Como se puede ver en el siguiente gráfico, del total de casos que tuvieron sutura perineal (1955), la incidencia de visitas a urgencias durante los primeros 40 días



posparto fue del 3,3% en el grupo control (32 urgencias de un total de 969 mujeres) frente al 2,6% del grupo intervención (26 urgencias de un total de 986 casos) (Figura 19).

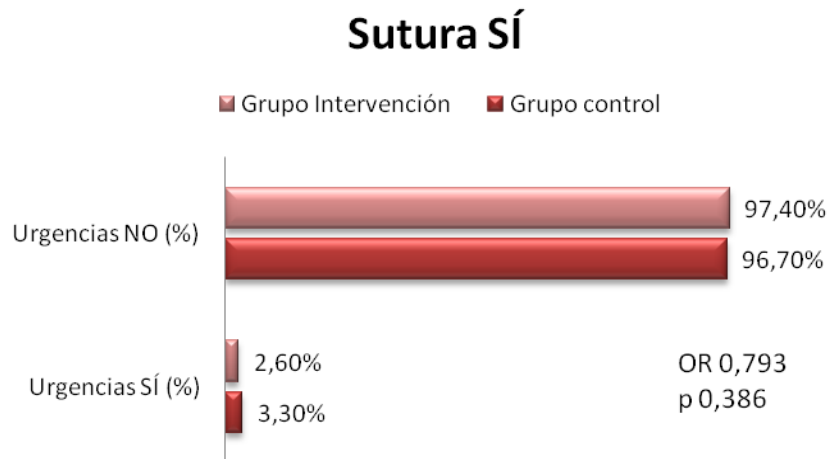


Figura 19: Análisis estratificado variable sutura SÍ

De las mujeres que no presentaron sutura en el periné (666 casos), en el grupo atendido por obstetras (grupo control) acudieron a urgencias el 2,6% (9 casos) frente a una incidencia del 2,2% (7 mujeres) en el grupo intervención (Figura 20).

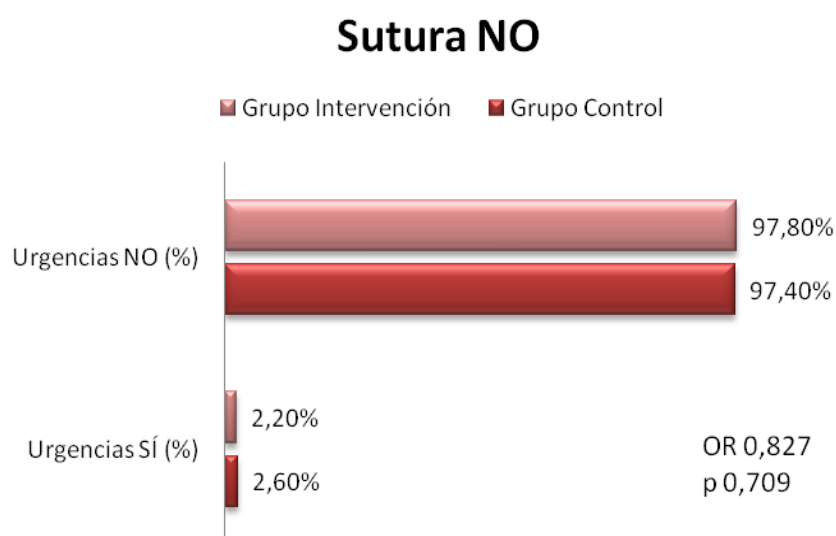


Figura 20: Análisis estratificado variable sutura NO

A continuación se presenta la Odds Ratio ajustada por estratos para analizar la existencia de confusión o interacción de la variable (Tabla 48).

Tabla 48: OR ajustada por estratos variable Sutura

		Odds Ratio por estratos	IC95%	p*	OR ajustada	p de interacción**
<b>Global</b>		0,803	0,504-1,278	0,354		
<b>SUTURA</b>					0,8	0,348
	<b>SÍ</b>	0,793	0,469-1,341	0,386		
	<b>NO</b>	0,827	0,304-2,248	0,709		

\*p test chi cuadrado

\*\*p de la estimación de odds ratio ajustada según el método de Mantel-Haenszel

Como se puede visualizar en la tabla anterior, la Odds ratio por estratos es muy parecida en ambos grupos, además la odds ratio bruta (0,803) y la ajustada (0,8) son casi idénticas, por lo que podemos considerar que la variable sutura no interacciona y no está generando confusión.

A su vez, el valor de la *p* de interacción no es significativo (0,348), lo que indica que no produce confusión.

Por ello se optó por no incluir la variable en el modelo de regresión.

#### 5.2.10. Resultados Sexo del Recién Nacido

La variable “sexo del recién nacido” se consideró dicotómica para los valores varón/mujer.

Del total de mujeres estudiadas (2621), el 49,1% de ellas tuvieron hijos varones (1228 casos) y un 50,8% tuvieron hijas (1331 casos) (Tabla 49).

Tabla 49: Descriptivo casos variable Sexo del Recién Nacido

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>VÁLIDOS</b>	<b>Varón</b>	1288	49,1	49,2
	<b>Mujer</b>	1331	50,8	100,0
	<b>Total</b>	2619	99,9	
<b>Perdidos</b>		2	0,1	
<b>TOTAL</b>		2621	100,0	

Al comparar como se distribuye la variable sexo del recién nacido (RN) en los grupos de estudio (año 2013, mujeres atendidas por obstetras y año 2014, mujeres atendidas por matronas), se puede ver que son homogéneos, las diferencias absolutas y relativas son pequeñas y la  $p$  no tiene significación estadística (0,667) (Tabla 50).

Tabla 50: Comparación de la variable Sexo del Recién Nacido por grupos

	Año 2013 <sup>(1)</sup>	Año 2014 <sup>(2)</sup>	p	RR	IC95%
<b>Sexo del RN</b>			0,667	0,982	0,909-1,062
<b>Varón</b>	651 (49,6)	637 (48,7)			
<b>Mujer</b>	661 (50,4)	670 (51,3)			

(1) Año 2013. Visita y alta obstetra

(2) Año 2014. Visita y alta matrona

Otro aspecto evaluado fue si la variable sexo del RN tenía influencia en las visitas a urgencias. En la tabla siguiente se puede observar el comportamiento de la misma (Tabla 51).

Tabla 51: Comportamiento de la variable Sexo RN en relación a las visitas a urgencias

	Incidencia acumulada*	RR	IC95%	p
<b>Sexo RN</b>		0,832	0,529-1,307	0,424
<b>Varón</b>	33 (2,6)			
<b>Mujer</b>	41 (3,1)			

\*De vistas a urgencias en los 40 días post alta

Como se puede observar en la tabla, el sexo del recién nacido no parece influir en la frecuentación a urgencias durante el puerperio. Del total de recién nacidos varones

(1288), la incidencia de visitas a urgencias fue del 2,6%, frente al 3,1% de las visitas de puérperas con recién nacidos mujeres (de un total de 1331 casos). La  $p$  no tuvo significado estadístico (0,424) y el riesgo relativo fue de 0,832.

Se realizó un análisis de las visitas a urgencias de los grupos control e intervención estratificado según si el recién nacido había sido varón o mujer, para evaluar si la variable podía ser factor de confusión o causar interacción con la variable tipo de profesional que les atendió.

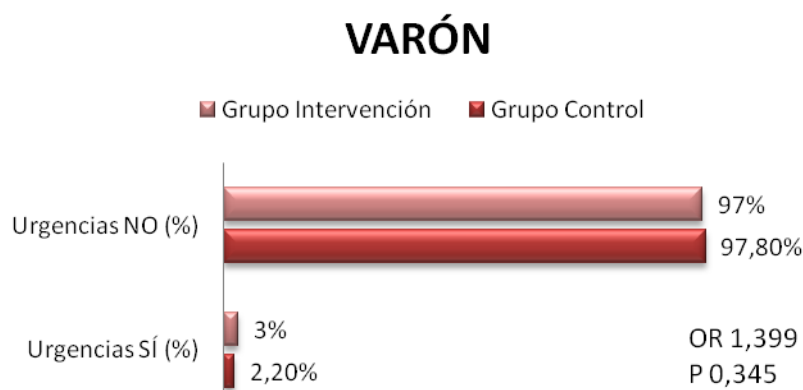


Figura 21: Análisis estratificado RN varón

Del total de mujeres que tuvieron hijos varones (1288), acudieron a la urgencia 14 del grupo control, lo que supone una incidencia del 2,2 %. En el grupo intervención acudieron 19 mujeres con hijo varón, es decir, el 3% (Figura 21).

De todas las mujeres que habían tenido hijas (1331), visitaron la urgencia 27 del grupo control, lo que supuso una incidencia del 4,1% y tan solo 14 del grupo intervención (2,1%) (Figura 22).

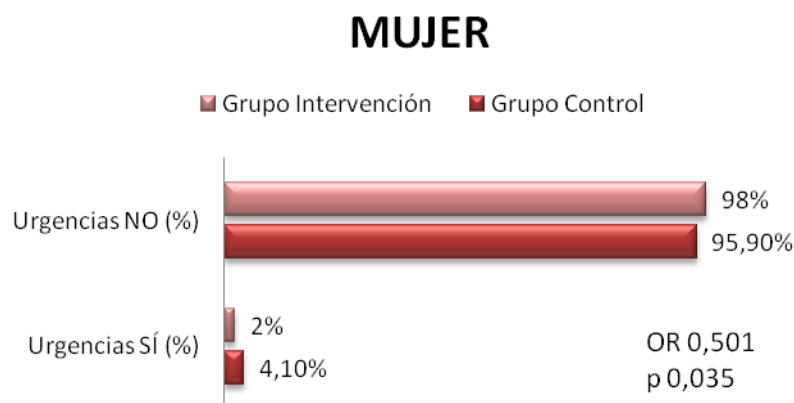


Figura 22: Análisis estratificado RN mujer

Por último se presenta la Odds Ratio ajustada por estratos para analizar la posible interacción o confusión de la variable.

Tabla 52: OR ajustada para la variable Sexo del Recién Nacido

	Odds Ratio por estratos	IC95%	p*	OR ajustada	p de interacción**
<b>Global</b>	0,803	0,504-1,278	0,354		
<b>Sexo del Recién Nacido</b>				0,802	0,352
<b>Varón</b>	1,399	0,695-2,815	0,345		
<b>Mujer</b>	0,501	0,260-0,964	0,035		

\*p test chi cuadrado

\*\*Estimación de la razón de ventajas común de Mantel-Haenszel

Como se puede visualizar en la tabla 52, la Odds es muy distinta en cada estrato, 1,399 para el valor varón y 0,501 para el valor mujer, por lo que la variable podría estar interaccionando.

La Odds bruta (0,803) y la ajustada (0,802) son muy parecidas y la  $p$  de interacción (0,352) no tiene significación estadística, por lo que parece que no genera confusión.

La variable fue analizada en el modelo de regresión logística que se describe en apartados posteriores.

### 5.2.11. Resultados Promoción del vínculo materno filial

Para estudiar la promoción del vínculo materno filial, consideramos la variable como dicotómica sí/no, y adquirió el valor positivo cuando madre-hijo no fueron separados durante los primeros 120 minutos de vida.

Al analizar los casos, observamos que del total de la muestra estudiada desde marzo de 2013 a febrero de 2015, en el 96,5% de ellos se respetó la promoción del vínculo entre madres y recién nacidos, tan solo el 3,5% de las mujeres tuvieron que ser separadas de sus hijos (Tabla 53).

Tabla 53: Descriptivo casos Promoción Vínculo Materno Filial

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
VÁLIDOS	SÍ	2530	96,5	96,5
	NO	91	3,5	100,0
	Total	2621	100,0	

Cuando se analizó la distribución por grupos, pudimos observar que en el grupo control (año 2013), en el 96,5% de los casos el vínculo fue promocionado.

Para el grupo atendido por matronas (año 2014), el porcentaje fue casi idéntico (96,6%), por lo que podríamos decir que los grupos fueron bastante homogéneos para esta variable.

El valor de  $p$  no fue significativo (0,930) y el RR fue de 1,001 (Tabla 54).

Tabla 54: Promoción del Vínculo comparado por grupos

	Año 2013 <sup>(1)</sup>	Año 2014 <sup>(2)</sup>	P	RR	IC95%
Promoción del Vínculo			0,93	1,001	0,986-1,015
SÍ	1267 (96,5)	1263 (96,6)			
NO	46 (3,5)	45 (3,4)			
Total	1313 (100)	1308 (100)			

(3) Año 2013. Visita y alta obstetra

(4) Año 2014. Visita y alta matrona

Realizamos un análisis univariado para analizar la relación de la promoción del vínculo con las visitas a urgencias (Tabla 55).

Tabla 55: Análisis Promoción del Vínculo con visitas a urgencias

	Incidencia acumulada*	RR	IC95%	p
<b>Promoción del vínculo</b>		0,851	0,262-2,742	0,781
<b>SÍ</b>	71 (2,8)			
<b>NO</b>	3 (3,3)			

\*De visitas a urgencias durante el puerperio

Podemos observar como del total de mujeres que establecieron una correcta vinculación con el recién nacido, el 2,8% acudieron a urgencias por complicaciones puerperales (71 casos), mientras en el grupo que no se promocionó este contacto madre-hijo, la frecuentación aumento hasta el 3,3% (3 casos). Ésta diferencia no fue significativa.

Para comprobar si la variable pudiese estar interaccionando o siendo factor de confusión, se analizó por estratos.

Para la cohorte que sí promocionó el vínculo materno filial (2530 sujetos), la frecuentación a urgencias en el grupo atendido por obstetras fue del 3,1% (39 casos), mientras que en el grupo intervención bajó al 2,5% (32 casos) (Figura 23).

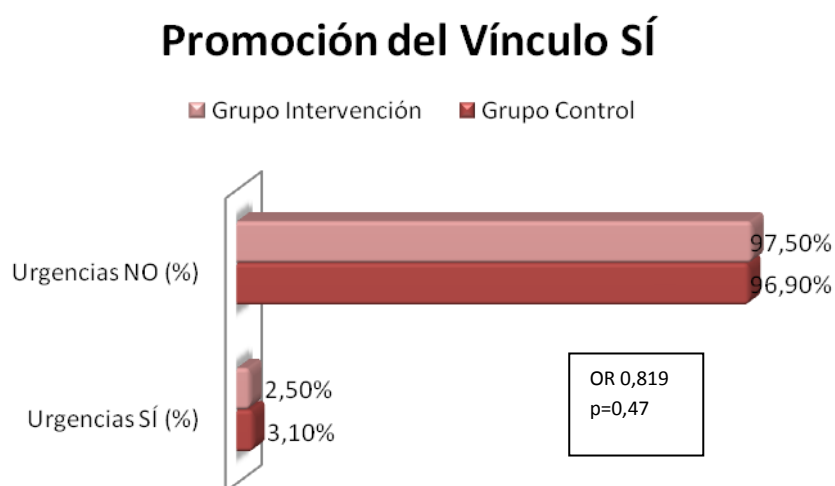


Figura 23: Promoción del Vínculo SÍ analizado por estratos

En el grupo que hubo que separar a madres y recién nacidos, del total de mujeres que acudieron a urgencias (91 casos), un 4,3% pertenecían al grupo control y en el grupo atendido por matronas el porcentaje descendió hasta casi la mitad, un 2,2% (Figura 24).

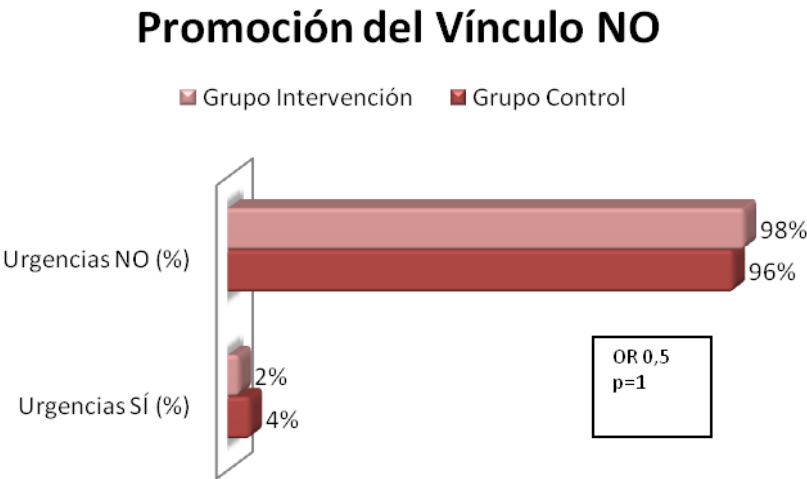


Figura 24: Promoción del Vínculo NO analizado por estratos

Como se puede observar en la siguiente tabla, la OR bruta y la ajustada son idénticas para esta variable (0,803), y el valor de la *p* de interacción 0,355. No tiene significación, por lo que no se incluyó en el modelo de regresión.

Tabla 56: OR ajustada por estratos para la variable Vínculo Materno Filial

	Odds Ratio por estratos	IC95%	p*	OR ajustada	p de interacción**
Global	0,803	0,504-1,278	0,354		
Promoción del vínculo				0,803	0,355
SÍ	0,819	0,509-1,315	0,47		
NO	0,5	0,044-5,717	1		

\*p test chi cuadrado

\*\*Estimación de la razón de ventajas común de Mantel-Haenszel



### 5.2.12. Resultados variable Traslado Neonatal

Durante el puerperio inmediato (las dos primeras horas posparto), las mujeres permanecen en el servicio de paritorio y su cuidado queda a cargo de las matronas. A pesar de que el puerperio evolucione favorablemente, los recién nacidos pueden permanecer con la madre o pueden ser trasladados de forma transitoria al servicio de neonatos para vigilancia intensiva durante unas horas.

A continuación se presentan los resultados del análisis de la variable traslado neonatal, que se consideró dicotómica para los valores “Habitación materna” y “Servicio Neonatos”.

En primer lugar, como muestra la siguiente tabla, se presenta la distribución de casos.

Tabla 57: Descriptivo casos Traslado Neonatal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>VÁLIDOS</b>	<b>Habitación materna</b>	2378	90,7	94,5
	<b>Servicio Neonatos</b>	138	5,3	100,0
	<b>Total</b>	2516	96,0	
<b>Perdidos</b>		105	4,0	
<b>TOTAL</b>		2621	100,0	

Como describe la tabla 57, del total de mujeres estudiadas (2516), en el 90,7% de los casos (2378 mujeres) los recién nacidos fueron trasladados a la habitación con sus respectivas madres y el 5,3% (138 recién nacidos) tuvieron que ser ingresados en neonatos al menos durante unas horas.

Al comparar la distribución de la variable en los dos grupos de estudio (años 2013 y 2014), observamos grupos casi idénticos para atención por matronas u obstetras, las diferencias absolutas y relativas son mínimas y la  $p$  no tiene significación estadística (0,402) (Tabla 58).

Tabla 58: Análisis univariado comparando la variable Traslado Neonato por grupos

	Año 2013 <sup>(1)</sup>	Año 2014 <sup>(2)</sup>	p	RR	IC95%
<b>Traslado neonato n (%)</b>			0,402	1,008	0,989-1,027
<b>Habitación Materna</b>	1188 (94,1)	1190 (94,9)			
<b>Servicio Neonatos</b>	74 (5,9)	64 (5,1)			

(1) Año 2013. Visita y alta obstetra

(2) Año 2014. Visita y alta matrona

Posteriormente se valoró la influencia de la variable en las visitas a urgencias. Como se puede visualizar en la tabla 59, la incidencia de visitas para las madres que se llevaron al recién nacido a la habitación fue del 2,7% (65 casos) frente al 2,9% de las que lo tuvieron ingresado en neonatos (4 casos). No hubo diferencias significativas (RR de 0,943).

Tabla 59: Comparación de la variable Traslado Neonato con las visitas a urgencias

	Incidencia Acumulada*	RR	IC 95%	p
<b>Traslado Neonato</b>		0,943	0,349-2,551	0,908
<b>Habitación materna</b>	65 (2,7)			
<b>Servicio Neonatos</b>	4 (2,9)			

\*De visitas a urgencias durante el puerperio

Por último se analizó la variable de forma estratificada según el lugar de traslado del recién nacido para ver si esto podía generar interacción o confusión.

Como podemos apreciar en la figura 25, de las mujeres cuyos recién nacidos permanecieron con ellas en la habitación (2378 casos), en el grupo control (año 2013) acudieron a urgencias 36 mujeres, que suponen una incidencia del 3%, mientras que del grupo con seguimiento por matronas (año 2014) visitaron la urgencia 29 mujeres, incidencia del 2,4%.

## Habitación Materna

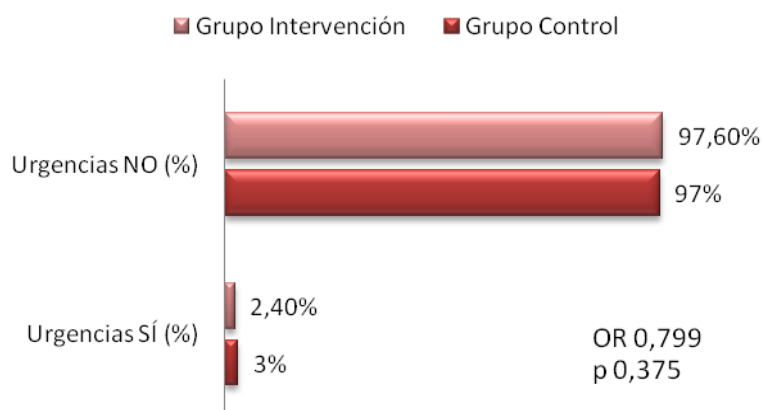


Figura 25: Análisis estratificado traslado neonato a habitación materna

Del total de mujeres cuyos recién nacidos tuvieron que ser trasladados al servicio de neonatos (138), la incidencia de visitas a urgencias para el grupo control (año 2013, seguimiento por obstetras) fue del 4,1% (3 casos) frente a la del grupo intervención (año 2014, seguimiento por matronas) cuya incidencia fue del 1,6% (tan solo 1 caso) (Figura 26).

## Servicio Neonatos

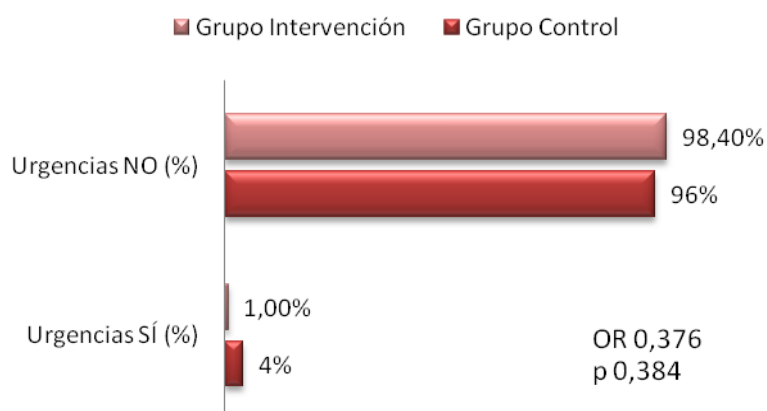


Figura 26: Análisis estratificado traslado recién nacido al servicio de neonatos

Si ajustamos la Odds Ratio por estratos, podemos ver en la tabla siguiente como los valores son muy dispares en cada uno de ellos (0,799 para habitación materna y 0,376 para traslado a neonatos), sin embargo no interacciona porque la ajustada (0,769) es parecida a la bruta (0,803).

No parece que genere confusión porque el valor de la  $p$  de interacción no es significativo (0,286) (Tabla 60).

Tabla 60: Odds Ratio ajustada por estratos para la variable Traslado Neonato

	Odds Ratio por estratos	IC95%	p*	OR ajustada	p de interacción**
<b>Global</b>	0,803	0,504-1,278	0,354		
<b>Traslado neonato</b>				0,769	0,286
<b>Habitación materna</b>	0,799	0,487-1,312	0,375		
<b>Servicio neonatos</b>	0,376	0,038-3,704	0,384		

\*p test chi cuadrado

\*\*p de la estimación de odds ratio ajustada según el método de Mantel-Haenszel

### 5.2.13. Resultados Lactancia Materna

En cuanto a la lactancia materna, se evaluaron durante los análisis varios aspectos. Por un lado, la instauración de la lactancia materna, es decir la decisión materna de alimentar al pecho al recién nacido (Tabla 61).

De las 2621 mujeres estudiadas, el 88,4% optaron por la lactancia materna como método de alimentación para sus recién nacidos (2316 mujeres).

Tabla 61: Lactancia materna. Descriptivo casos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Validos</b>	Sí	2316	88,4	90,9
	No	231	8,8	100,0
	Total	2547	97,2	
<b>Perdidos</b>	Sistema	74	2,8	
<b>Total</b>		2621	100,0	

Por otro lado, se analizó la variable Lactancia Precoz, es decir la lactancia que se instaura durante la primera hora posparto (Tabla 62).

Tabla 62: Lactancia Precoz. Descriptivo casos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	Sí	1584	60,4	60,4
	No	1037	39,6	100,0
	Total	2621	100,0	

Como se puede observar en las tablas, la mayoría de las mujeres estudiadas en ambos grupos inician lactancia materna durante su estancia hospitalaria (88,4%), a pesar de que tan solo el 60,4% lo hacen durante la primera media hora posparto (lactancia precoz).

Al analizar el tipo de alimentación de los recién nacidos al abandonar el entorno hospitalario, se observa un pequeño descenso de la lactancia materna en exclusiva hasta el 82,1% en favor de la lactancia mixta que abarca un 6,3% del total. Manteniéndose constante la lactancia artificial para la totalidad de la muestra desde el inicio del proceso clínico hasta el alta hospitalaria (Tabla 63).

Tabla 63: Tipo de lactancia al alta

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	Se inicia lactancia artificial	231	8,8	9,1
	Se inicia lactancia materna completa	2152	82,1	93,6
	Se inicia lactancia materna incompleta	164	6,3	100,0
	Total	2547	97,2	
<b>Perdidos</b>	1	74	2,8	
<b>Total</b>		2621	100,0	

Si comparamos como se distribuyen las variables lactancia materna y lactancia precoz en los grupos de mujeres atendidas en 2013 y 2014, se puede ver que ambos son homogéneos, las diferencias absolutas y relativas son mínimas y la  $p$  no tiene significación estadística en ambos supuestos (Tabla 64).

Tabla 64: Análisis univariado comparando las variables lactancia materna y precoz por grupos

	Año 2013 <sup>(1)</sup>	Año 2014 <sup>(2)</sup>	p	RR	IC95%
<b>Lactancia materna n (%)</b>			0,73	1,005	0,980-1,030
<b>SÍ</b>	1164 (90,7)	1152 (91,1)			
<b>NO</b>	119 (9,3)	112 (8,9)			
<b>Lactancia precoz n (%)</b>			0,263	0,964	0,906-1,026
<b>SÍ</b>	808 (61,5)	776 (59,3)			
<b>NO</b>	505 (38,5)	532 (0,7)			

(1) Año 2013. Visita y alta obstetra

(2) Año 2014. Visita y alta matrona

Otro aspecto que se valoró fue si las variables tipo de lactancia y lactancia precoz influía en las visitas a urgencias. En la siguiente tabla se puede visualizar como se han comportado (Tabla 65).

Tabla 65: Comparación de las variables Lactancia Materna y Precoz con las visitas a urgencias

		<b>Incidencia Acumulada*</b>	<b>RR</b>	<b>IC 95%</b>	<b>p</b>
<b>Lactancia materna</b>			3,541	0,882-14,860	0,056
	<b>SÍ</b>	71 (3,1)			
	<b>NO</b>	2 (0,9)			
<b>Lactancia precoz</b>			0,96	0,599-1,536	0,862
	<b>SÍ</b>	44 (2,8)			
	<b>NO</b>	30 (2,9)			

\*De visitas a urgencias durante el puerperio

Tal y como se puede apreciar en la tabla, parece que tener lactancia materna al alta es un factor que contribuye a que las mujeres acudan a urgencias en el puerperio inmediato, un 3,1% frente a un 0,9%, con un RR de 3,541, siendo éste casi estadísticamente significativo.

El hecho de que hayan iniciado lactancia precoz no parece que influya en las visitas a urgencias en el periodo posparto.

Por último, se realizó un análisis de las visitas a urgencias de los grupos intervención y control estratificado según si tenían lactancia precoz o no, y al alta lactancia materna o

artificial, para evaluar si estas variables podían ser factor de confusión o causar interacción con la variable tipo de profesional que les atendió.

Al analizar la variable **“Lactancia Precoz”** con respecto al grupo y las visitas a urgencias se obtuvieron los siguientes resultados.

Del total de casos que iniciaron lactancia de forma precoz (1584), la incidencia de visitas a urgencias en los primeros 40 días posparto fue del 3% en el grupo control (24 urgencias de un total de 808 mujeres), mientras que del grupo atendido por matronas, la incidencia acumulada de visitas a urgencias en los 40 días posparto fue de un 2,6% (20 urgencias de 776 mujeres) (Figura 27).

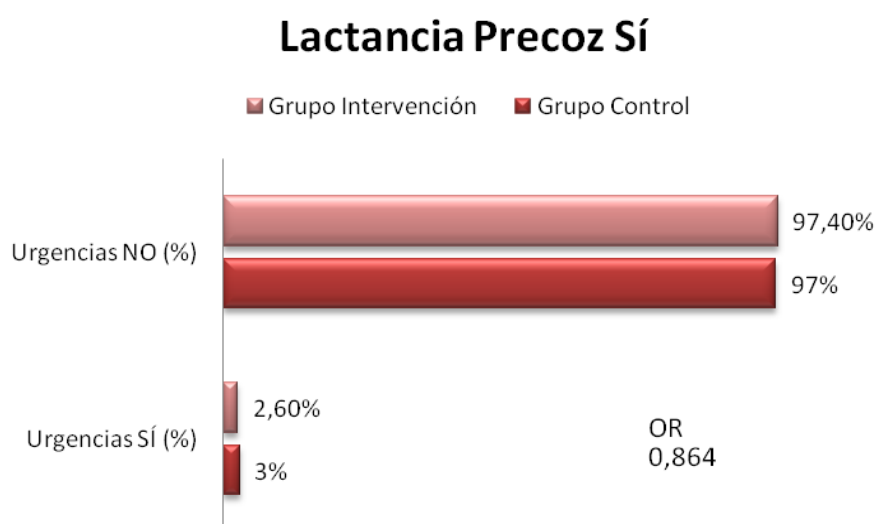


Figura 27: Análisis lactancia precoz Sí

De las mujeres que no iniciaron lactancia materna dentro de la primera hora posparto (1037), en el grupo control (año 2013) acudieron a urgencias 17 mujeres de 505, que suponen una incidencia del 3,4%, mientras que durante el año 2014 en el grupo atendido por matronas, tan solo acudieron a urgencias por complicaciones puerperales 13 mujeres de 532, que suponen una incidencia del 2,4% (Figura 28).

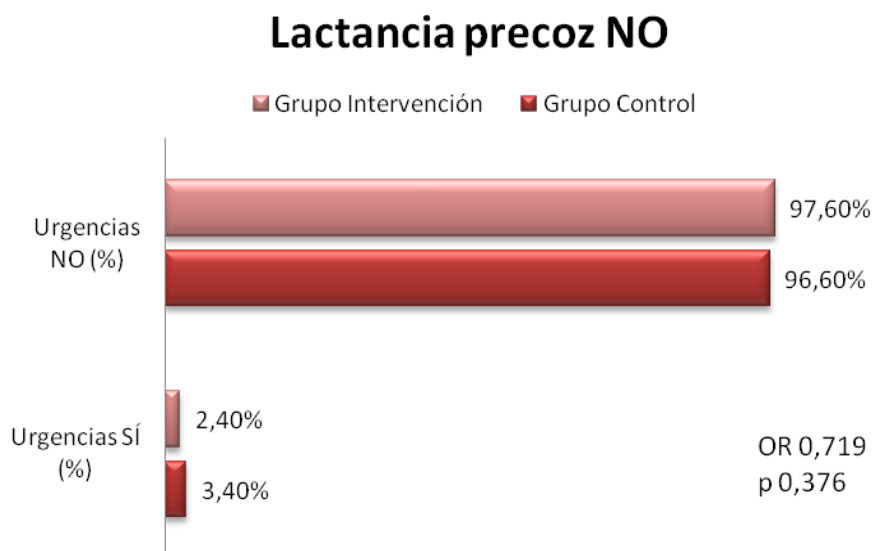


Figura 28: Análisis Lactancia precoz NO

A continuación se presenta la Odds Ratio ajustada por estratos para comprobar la existencia de interacción o confusión de la variable lactancia precoz (Tabla 66).

Tabla 66: Odds Ratio ajustada por estratos para Lactancia Precoz

	Odds Ratio por estratos	IC95%	p*	OR ajustada	p de interacción**
<b>Global</b>	0,803	0,504-1,278	0,354		
<b>Lactancia precoz</b>				0,802	0,353
<b>SÍ</b>	0,864	0,473-1,577	0,634		
<b>NO</b>	0,719	0,346-1,496	0,376		

\*p test chi cuadrado

\*\*p de la estimación de odds ratio ajustada según el método de Mantel-Haenszel

Podemos observar que la Odds Ratio por estratos es muy parecida para ambos grupos, y la ajustada (0,802) casi idéntica a la bruta (0,803), por lo que podemos considerar que esta variable no está interaccionando ni generando confusión.

A su vez, la  $p$  de interacción no es significativa (0,353), por lo que no produce confusión. Estos son los motivos por los que la lactancia precoz no fue incluida en el modelo de regresión logística.



Al analizar la variable “**Lactancia Materna**” con respecto al grupo y las visitas a urgencias se obtuvieron los siguientes resultados.

Del total de mujeres que decidieron dar lactancia materna a sus recién nacidos (2316), la incidencia de visitas a urgencias fue del 3,3% en el grupo control (38 de 1126 mujeres). Durante el año 2014 (grupo intervención), la incidencia fue del 2,9% (33 de 1119 mujeres). Como se puede observar en el gráfico, las diferencias son mínimas y no estadísticamente significativas (Figura 29).

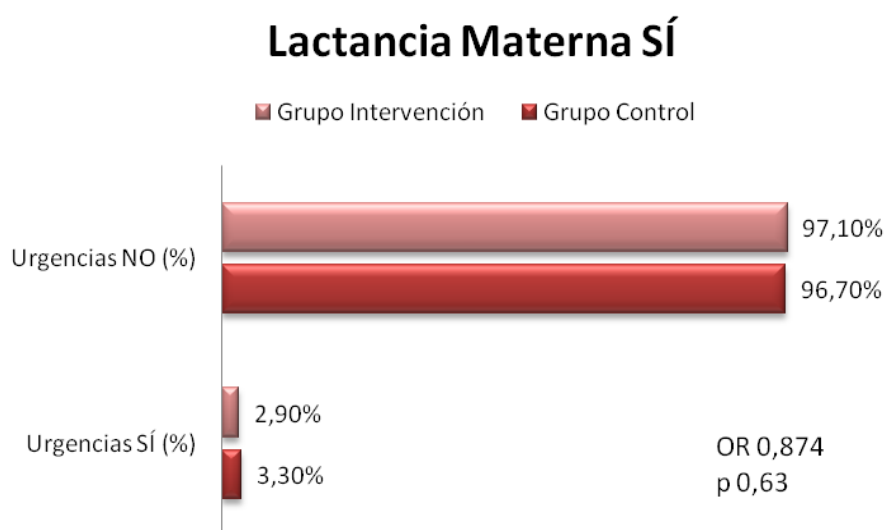


Figura 29: Tabla de frecuencias lactancia materna Sí

Del total de mujeres que optaron por no dar lactancia materna a los recién nacidos (231), un 1,7% de las que precisaron atención posparto en urgencias perteneció al grupo atendido por ginecólogos y un 0% al de las matronas (ningún caso) (Figura 30).

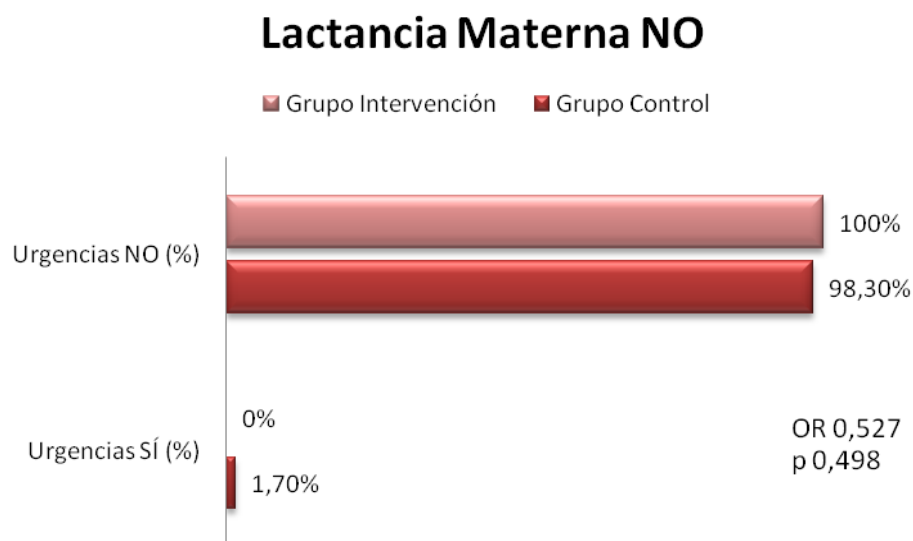


Figura 30: Tabla de frecuencias lactancia materna NO

En la siguiente tabla se presenta la Odds Ratio ajustada frente a la Odds Ratio bruta para la variable Lactancia Materna (Tabla 67).

Tabla 67: OR ajustada para la variable Lactancia Materna

	Odds Ratio por estratos	IC95%	p*	OR ajustada	p de interacción**
<b>Global</b>	0,803	0,504-1,278	0,354		
<b>Lactancia Materna</b>				0,83	0,435
<b>SÍ</b>	0,874	0,544-1,403	0,63		
<b>NO</b>	0,527	0,047-5,894	0,498		

\*p test chi cuadrado

\*\*p de la estimación de odds ratio ajustada según el método de Mantel-Haenszel

Podemos observar que la Odds Ratio ajustada (0,802) es parecida a la OR bruta (0,83), sin embargo las OR por estratos son bastante diferentes, lo que podría indicar que estamos ante una posible variable que está generando interacción.

5.2.14. Resultados variable Puerperio Inmediato

Puerperio inmediato es considerado aquel que transcurre en el servicio de paritorio durante las dos primeras horas posparto. En él, el cuidado de las mujeres y sus recién nacidos queda a cargo de las matronas.

Para el análisis de la variable, ésta fue considerada dicotómica para los valores puerperio normal o puerperio patológico (considerando patológico aquel que no cumplía los criterios recogidos en el protocolo de bajo riesgo obstétrico del HUF). En la siguiente tabla se muestra la descripción de los casos estudiados (Tabla 68).

Tabla 68: Descriptivo casos Puerperio Inmediato

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>VÁLIDOS</b>	<b>Normal</b>	2180	83,2	91,7
	<b>Patológico</b>	197	7,5	100,0
	<b>Total</b>	2377	90,7	
<b>Perdidos</b>		244	9,3	
<b>TOTAL</b>		2621	100,0	

Si analizamos el comportamiento de la variable en cada uno de los grupos de estudio, veremos que en grupo control el 92,5 % (1118 casos) de los puerperios inmediatos evolucionaron de forma fisiológica y en el grupo intervención los puerperios normales supusieron el 90,9% (1062 casos). La distribución fue muy similar, sin diferencias significativas ( $p=171$ ) (Tabla 69).

Tabla 69: Análisis variable Puerperio Inmediato por grupos

		Año 2013 <sup>(1)</sup>	Año 2014 <sup>(2)</sup>	p	RR	IC95%
<b>Evolución</b>	<b>puerperio</b>			0,171	1,110	0,950-1,298
<b>inmediato n (%)</b>						
	<b>Normal</b>	1118 (92,5)	1062 (90,9)			
	<b>Patológico</b>	91 (7,5)	106 (9,1)			
	<b>Total</b>	1209 (100)	1168 (100)			

(1) Año 2013. Visita y alta obstetra

(2) Año 2014. Visita y alta matrona

Al estudiar las diferencias en la frecuentación a urgencias, se puede visualizar en la siguiente tabla como el 8,3% de las mujeres con una evolución normal en las primeras dos horas posparto, precisaron atención en urgencias en los 40 días posteriores al alta, mientras que, de las mujeres que tuvieron una evolución patológica en las dos primeras horas, sólo el 3,1% acudió a urgencias (6 casos). No hubo significación estadística ( $p$  0,841).

Tabla 70: Incidencia visitas a urgencias variable Puerperio Inmediato

	Incidencia acumulada*	RR	IC95%	p
<b>Evolución puerperio inmediato</b>		0,919	0,402-2,098	0,841
<b>Normal</b>	61 (8,3)			
<b>Patológico</b>	6 (3,1)			

\*De visitas a urgencias durante el puerperio

Para comprobar si la evolución del puerperio inmediato podía estar interaccionando o generando confusión, se realizó un análisis por estratos.

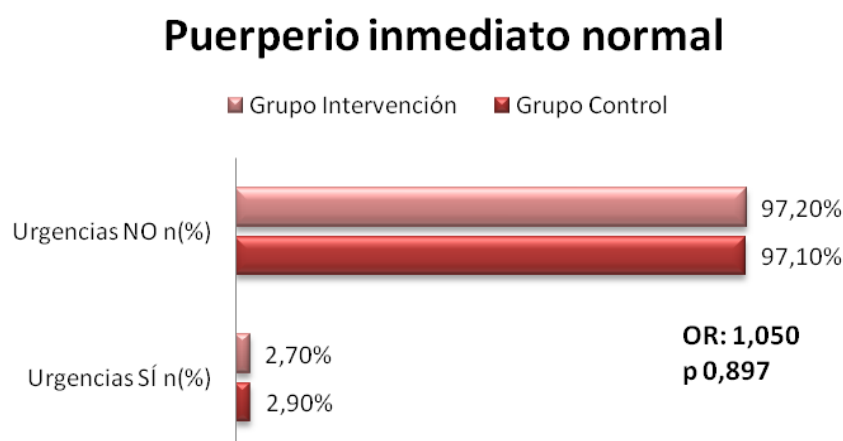


Figura 31: Puerperio inmediato normal analizado por estratos

En la figura 31, podemos observar que de las mujeres que acudieron a urgencias y habían desarrollado un puerperio normal (un total de 61 sujetos), un 2,7% perteneció al grupo controlado por matronas (29 casos), frente al 2,9% de mujeres controladas por obstetras en 2013 (32 casos). No hallamos significación estadística para ambas cohortes.

Sin embargo, al estudiar las diferencias entre mujeres con puerperios inmediatos patológicos (un total de 6 casos), pudimos observar que el 100% de los casos que precisaron asistencia urgente pertenecieron al grupo control. Del grupo asistido por matronas no se registró ningún caso. El valor de  $p$  fue 0,009 (Figura 32).

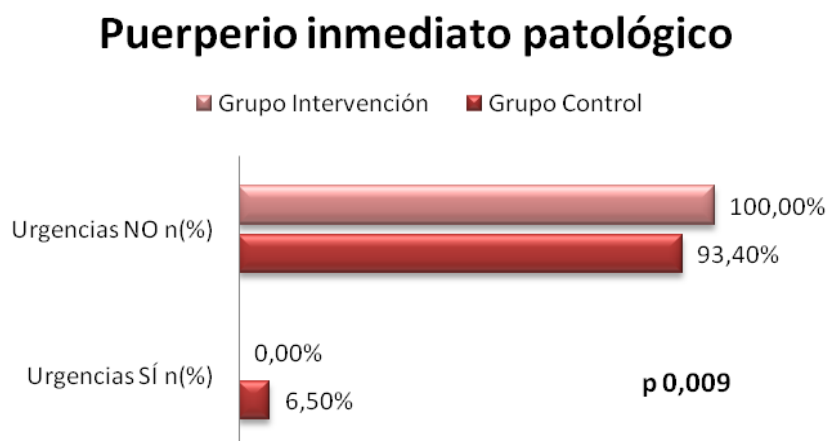


Figura 32: Puerperio inmediato patológico analizado por estratos

#### 5.2.15. Resultados variable Evolución Puerperal

Cuando nos referimos a la evolución puerperal, contemplamos la evolución de las mujeres durante el periodo comprendido desde su salida del servicio de paritorio (en el que permanecen unas dos horas tras el parto si todo evoluciona de forma fisiológica), hasta el alta clínica (habitualmente a las 48 horas posparto).

En primer lugar se realizó un análisis descriptivo de los casos estudiados. Como se puede ver en la siguiente tabla, del total de mujeres de la muestra, un 69,6% (1825 mujeres) tuvieron una evolución sin complicaciones durante su ingreso en la unidad de hospitalización. Tan solo se complicaron un 6,1% (160 casos).

Tabla 71: Descriptivo de casos Evolución Puerperal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>VÁLIDOS</b>	<b>Normal</b>	1825	69,6	91,9
	<b>Patológico</b>	160	6,1	100,0
	<b>Total</b>	1985	75,7	
<b>Perdidos</b>		636	24,3	
<b>TOTAL</b>		2621	100,0	

Además de contabilizar los casos, pudimos analizar las causas de las complicaciones registradas.

En la tabla 72, podemos observar que de las 160 mujeres que presentaron complicaciones (6,1%), la más frecuente fue la anemia moderada (2,6%), tras ella las causas registradas como “otras” (2,3%), después las infecciones (0,5%), las anemias severas (0,4%) y las hemorragias puerperales (0,3%).

Tabla 72: Descriptivo complicaciones puerperales durante el ingreso

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>VÁLIDOS</b>	<b>Otras</b>	59	2,3	3,0
	<b>Normalidad</b>	1825	69,6	94,9
	<b>Infecciones</b>	13	0,5	95,6
	<b>Hemorragias</b>	8	0,3	96,0
	<b>Complicaciones herida quirúrgica</b>	1	0,0	96,0
	<b>Anemia severa</b>	10	0,4	96,5
	<b>Anemia moderada</b>	69	2,6	100,0
	<b>Total</b>	1985	75,7	
<b>Perdidos</b>	<b>8</b>	636	24,3	
<b>TOTAL</b>		2621	100,0	

Al realizar la comparación de la variable por grupos de estudio (tabla 73), se puede visualizar como el riesgo de pertenecer a una u otra cohorte no fue significativo ( $p=0,369$ ). Un 55,5% de las mujeres atendidas por obstetras tuvo una evolución normal (1014 mujeres) frente al 44,4% de las atendidas por matronas (811 mujeres).

Tabla 73: Análisis univariado comparando la variable Evolución Puerperal por grupos

	Año 2013 <sup>(1)</sup>	Año 2014 <sup>(2)</sup>	p	RR	IC 95%
<b>Evolución puerperal</b>			0,369	1,071	0,917-1,250
<b>Normal</b>	1014(55,5)	811(44,4)			
<b>Patológica</b>	83(51,8)	77(48,1)			

(1) Año 2013. Visita y alta obstetra

(2) Año 2014. Visita y alta matrona

Al analizar la relación de la evolución puerperal con las visitas a urgencias, se puede visualizar en la tabla como las diferencias no presentan significación estadística ( $p=0,472$ ). Del total de visitas a urgencias (55 casos), el 2,8% perteneció al grupo con evolución puerperal normal (52 mujeres), frente al 1,8% incluidas en el grupo con evolución patológica (3 casos) (Tabla 74).

Tabla 74: incidencia visitas a urgencias variable Evolución Puerperal

	Incidencia acumulada*	RR	IC95%	p
<b>Evolución puerperal</b>		1,520	0,480-4,811	0,472
<b>Normal</b>	52 (2,8)			
<b>Patológica</b>	3 (1,8)			
<b>Total</b>	55 (100,0)			

\*De visitas a urgencias durante el puerperio

Por último, se realizó el análisis estratificado para comprobar si la variable podía ser factor de confusión o pudiese estar causando interacción.

### Evolución Puerperal Normal

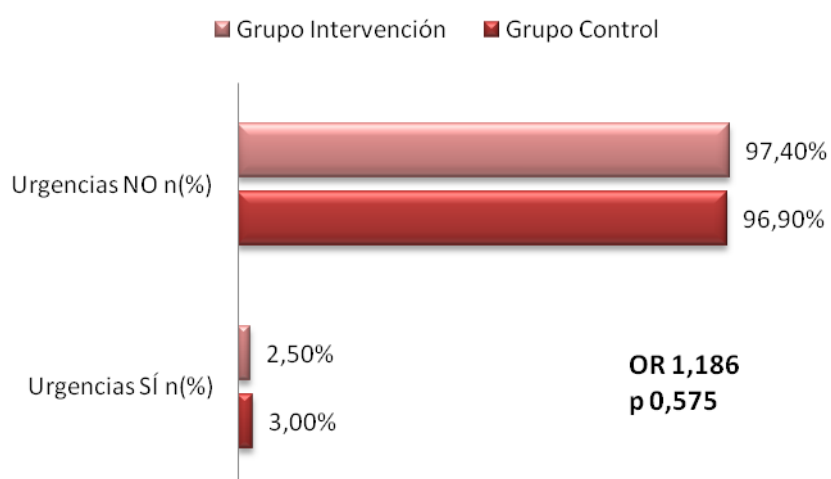


Figura 33: Análisis estratificado evolución puerperal normal

Del total de casos que tuvieron una evolución normal del puerperio clínico (1825), el 3% de las mujeres que frecuentaron la urgencia obstétrica pertenecían al grupo control (31 urgencias de un total de 52 mujeres), frente al 2,5%, que perteneció al grupo con seguimiento por matronas (21 urgencias de un total de 52 mujeres) (Figura 33).



## Evolución Puerperal Patológica

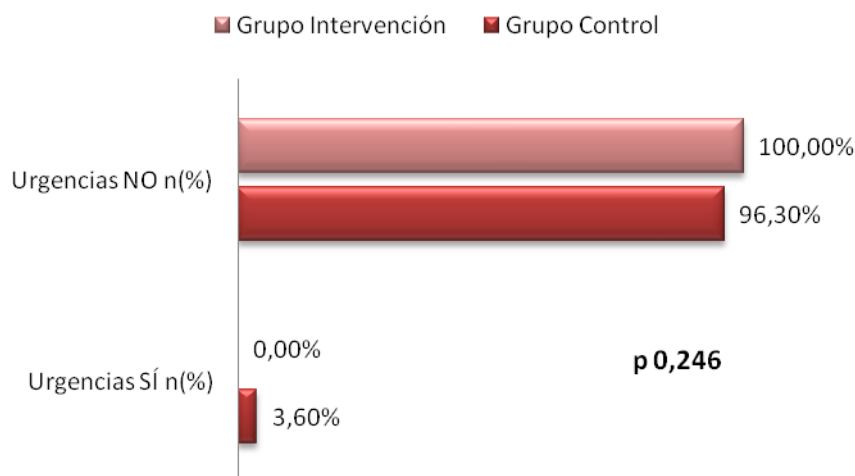


Figura 34: Análisis estratificado evolución puerperal patológica

En la figura anterior se puede observar que del total de casos con una evolución puerperal patológica (160 mujeres), la incidencia de visitas a urgencias en los primeros cuarenta días posparto fue del 3,6% en el grupo control (3 casos), el grupo atendido por matronas en 2014 no registró ningún caso.

La variable no fue incluida en el modelo de regresión posterior.

### 5.2.16. Resultados variable Alta Precoz

El alta clínica es dada habitualmente a las 48h del parto a las puérperas sin complicaciones ingresadas en la unidad de hospitalización obstétrica. Sin embargo, el HUF ofrece a las mujeres con gestación, parto y puerperio de bajo riesgo (y siempre que el pediatra lo autorice), la posibilidad de abandonar el hospital a las 24 horas posparto.

Para analizar la variable, ésta fue considerada dicotómica, adoptando los valores SÍ/NO.

En la siguiente tabla se puede apreciar que del total de la muestra (2621 casos), tan solo un 10,9% (285 mujeres) optaron por el alta precoz, frente a un 88,2% (2313

mujeres) que fueron dadas de alta a las 48 horas como se procede con el protocolo habitual.

Tabla 75: Descriptivo casos para la variable Alta Precoz

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>VÁLIDOS</b>	<b>SÍ</b>	285	10,9	11,0
	<b>NO</b>	2313	88,2	100,0
	<b>Total</b>	2598	99,1	
<b>Perdidos</b>	<b>1</b>	23	0,9	
<b>TOTAL</b>		2621	100,0	

Si observamos la comparación de la variable por grupos, vemos que en el grupo control (seguimiento y alta por obstetras en 2013) hubo un 14,2% de altas precoces (185 casos), mientras que en el grupo controlado por las matronas (grupo intervención año 2014), la incidencia fue aproximadamente la mitad 7,7% (100 casos) (Tabla 76).

Los grupos no fueron homogéneos para esta variable, cuyo análisis parece demostrar que pertenecer al grupo con seguimiento y alta por el equipo de matronas hace que las mujeres se queden un día más en el centro hospitalario.

El RR del análisis fue de 0,543 y la  $p$  significativa ( $<0,001$ ).

Tabla 76: Análisis de la variable Alta Precoz por grupos de estudio

	Año 2013 <sup>(1)</sup>	Año 2014 <sup>(2)</sup>	p	RR	IC95%
<b>Alta Precoz n (%)</b>			$<0,001$	0,543	0,431-0,684
<b>SÍ</b>	185 (14,2)	100 (7,7)			
<b>NO</b>	1117 (85,8)	1196 (92,3)			

(3) Año 2013. Visita y alta obstetra

(4) Año 2014. Visita y alta matrona

También se valoró la relación de la variable con las visitas a urgencias, para ver si ésta pudiese influir en ellas (Tabla 77).

Tabla 77: Comportamiento de la variable Alta Precoz en relación a las visitas a urgencias

		<b>Incidencia Acumulada*</b>	<b>RR</b>	<b>IC95%</b>	<b>p</b>
<b>Alta Precoz</b>			0,71	0,305-1,651	0,424
	<b>SÍ</b>	6 (2,1)			
	<b>NO</b>	68 (2,9)			

\*De vistas a urgencias en los 40 días post alta

Tal como se visualiza en la tabla 77, parece que abandonar el centro hospitalario de forma precoz no es un factor que tenga influencia sobre la incidencia de visitas a urgencias, un 2,1% en mujeres que optaron por marcharse a las 24 horas posparto frente a un 2,9% para las que decidieron quedarse 48 horas. El RR fue de 0,71, valor que no tuvo significado estadístico ( $p=0,424$ ).

Por último se realizó un análisis de las visitas a urgencias de los grupos control e intervención estratificado según si habían sido dadas de alta de forma precoz o no, para evaluar si la variable podía causar interacción o pudiese estar generando confusión.

Al analizar la variable con respecto al grupo y las visitas a urgencias se obtuvieron los siguientes resultados.

Del total de casos que fueron dados de alta de forma precoz a las 24 horas posparto (285 mujeres), la incidencia de visitas a urgencias en el grupo control fue del 2,2% (4 mujeres), frente al 2% del grupo intervención (2 mujeres). Fueron incidencias muy parecidas, la Odds Ratio del análisis fue del 0,923 y la  $p$  fue 1 (ambos sin significación estadística) (Figura 35).

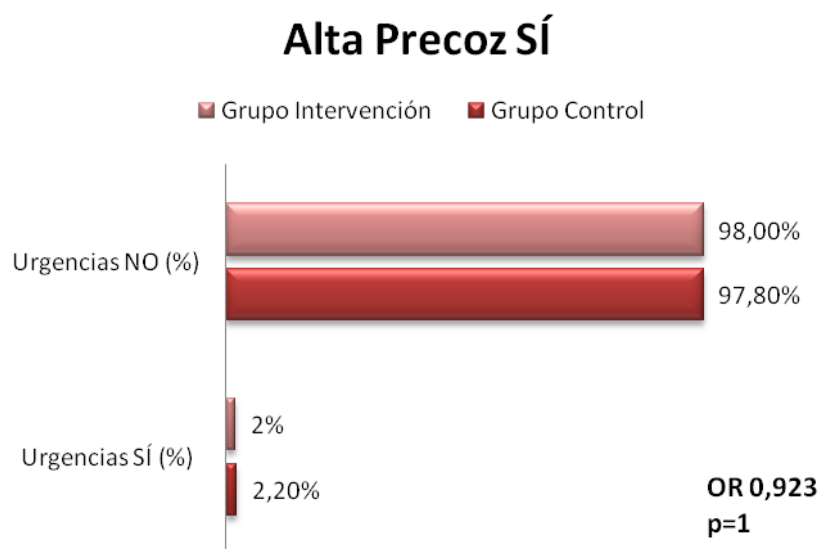


Figura 35: Análisis por estratos casos con alta precoz

Para los casos que no decidieron abandonar el centro hospitalario de forma precoz (2313 mujeres), la incidencia de visitas en el grupo control fue del 3,3% (37 mujeres) frente al 2,6% para el grupo intervención (31 mujeres). La Odds Ratio del análisis fue de 0,777 y la  $p$  0,326 (tampoco fueron estadísticamente significativas) (Figura 36).

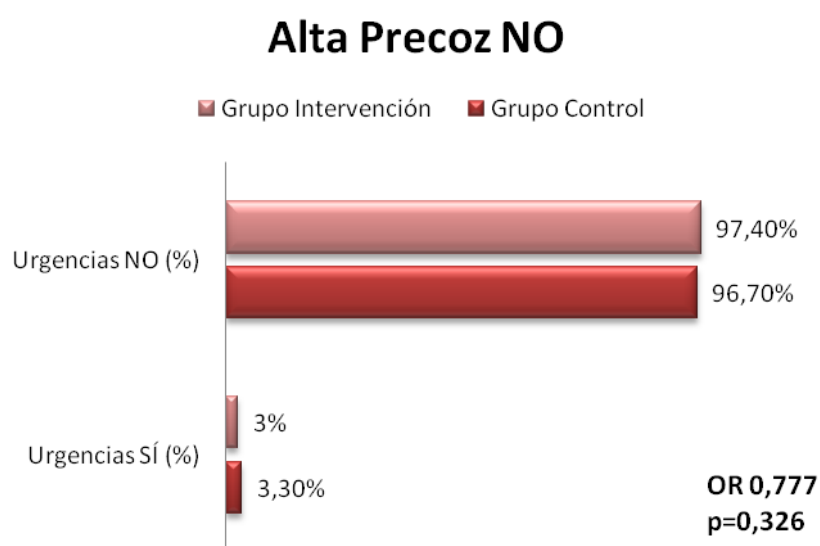


Figura 36: Análisis por estratos casos alta precoz NO

También se presentan los resultados del análisis de la Odds Ratio ajustada por estratos (Tabla 78).

Tabla 78: OR ajustada para la variable Alta Precoz

		Odds Ratio por estratos	IC95%	p*	OR ajustada	p de interacción**
Global		0,803	0,504-1,278	0,354		
Alta Precoz	SÍ	0,923	0,166-5,132	1	0,787	0,314
	NO	0,777	0,479-1,261	0,326		

\*p test chi cuadrado

\*\*Estimación de la razón de ventajas común de Mantel-Haenszel

Como se puede ver en la tabla anterior, las OR por estratos son parecidas, lo que parece indicar que la variable no está interaccionando.

Por otra parte, la OR bruta (0,803) y la ajustada (0,787) también son semejantes, lo que podría indicar que la variable Alta Precoz no genera confusión y por lo tanto no se incluyó en el modelo de regresión posterior.

#### 5.2.17. Regresión Logística

Tras observar los resultados obtenidos del análisis de las variables expuestas con anterioridad, se decidió incluir en el modelo de regresión logística aquellas que pudiesen estar produciendo interacción o generando confusión.

Las variables incluidas en el paso 1 para explorar su relación con la variable dependiente fueron: grupo, primípara, lactancia materna, sonda vesical, episiotomía y sexo del recién nacido.

Además de las anteriores, se incluyeron las interacciones grupo con primípara, grupo con evolución del puerperio y grupo con sexo del RN.

Al ajustar las variables, el modelo definitivo quedaría como puede visualizarse en la siguiente tabla (Tabla 79).

Tabla 79: Variables incluidas en el modelo final

Variables en la ecuación	B <sup>(1)</sup>	Standard Error	Wald	p	Exp(B) <sup>(2)</sup>	95%IC Exp(B) <sup>(3)</sup>
<b>Grupo (2014/2013)</b>	-1,097	0,681	2,590	0,108	<b>0,334</b>	0,088-1,27
<b>Primípara (Sí/No)</b>	1,342	0,361	13,815	0,000	3,827	1,886-7,766
<b>Interacción Grupo*Primípara</b>	-1,163	0,509	5,227	0,022	0,313	0,115-0,847
<b>Curso Gestación</b>	-0,649	0,334	3,777	0,052	0,522	0,271-1,006
<b>Interacción Grupo*Curso Gestación</b>	1,458	0,633	5,304	0,021	4,298	1,243-14,869
<b>Lactancia materna (Sí/No)</b>	1,274	0,724	3,098	0,078	3,574	0,865-14,762
<b>Sexo RN (Hombre/Mujer)</b>	-0,759	0,345	4,829	0,028	0,468	0,238-0,921
<b>Interacción Grupo*Sexo RN</b>	1,124	0,497	5,109	0,024	3,077	1,161-8,156

(1) Beta del modelo de regresión logística

(2) Exponente Beta, equivale a Odds Ratio

(3) Intervalo de confianza al 95% del exponente B (Odds Ratio)

Para evaluar la bondad del ajuste del modelo construido se utilizó la prueba de Hosmer y Lemeshow, obteniéndose una Chi cuadrado de 2,584 y  $p=0,921$ . La prueba no fue estadísticamente significativa, lo que indicaría que no hay motivos para pensar que los resultados esperados difieran de los observados. Así, el modelo podría ser considerado aceptable.

Al ajustar por todas las variables, ha mejorado sustancialmente la Odds Ratio, que ha pasado del 0,803 a 0,334. Con esto no podemos concluir porque no hay significación estadística ( $p=0,108$ ), pero sí podríamos decir que tiene significación clínica y que las matronas han sido, como mínimo iguales y los resultado parecen apuntar que aunque con diferencias pequeñas la atención de la matronas disminuye las vistas a urgencias durante el puerperio.



## DISCUSIÓN





## 6. DISCUSIÓN

Evaluar el tipo de profesional que atiende a la mujer durante el puerperio es una estrategia fundamental para tratar de elevar los niveles de salud en dicho grupo de población (122).

La educación para la salud está generalmente reconocida como una herramienta fundamental para la consecución del citado objetivo. Utilizada adecuadamente, parece tener capacidad para producir modificaciones en los comportamientos saludables, debiendo implicar por tanto, una mejora (102,123,124).

En la presente investigación se ha evaluado la introducción de la matrona en la unidad de hospitalización obstétrica del Hospital Universitario de Fuenlabrada, para el seguimiento y alta de las puérperas de bajo riesgo. Hasta ese momento (año 2014), esta atención estuvo a cargo de los obstetras y la principal herramienta diferenciadora entre ambos profesionales fue la educación para la salud proporcionada de forma protocolizada e individualizada durante todo el proceso y al alta (Anexos 4 y 5). Referencias consultadas apoyan la importancia de la educación proporcionada por matronas en los diferentes ámbitos de atención a la mujer, método a través del cual se mejoran las estrategias de afrontamiento de las distintas etapas del proceso de maternidad (105).

### 6.1. Satisfacción de las mujeres atendidas durante el puerperio clínico

Tras analizar los resultados procedentes de la encuesta realizada, se podría señalar que la satisfacción percibida por las puérperas que componen la muestra del estudio ha mejorado cuando el equipo de matronas ha liderado de forma global la atención proporcionada en la unidad de hospitalización obstétrica del Hospital Universitario de Fuenlabrada, lo que está en consonancia con lo concluido en investigaciones como la de Fenwick et al realizada en Australia (92), que en su estudio hace referencia al aumento de satisfacción entre mujeres atendidas por matronas y destaca cómo los

resultados obtenidos ponen de manifiesto que lo mejor valorado fueron los profesionales. Si bien no especificó el tipo de riesgo obstétrico, cuestión que podría influir significativamente y que en nuestro estudio sí que se ha descrito e incluido.

Esto guarda también una clara relación con resultados revelados por estudios similares, que valoraron satisfacción en relación a intervenciones de educación para la salud en diferentes contextos (125,126), lo que demuestra que el efecto beneficioso podría hacerse extensivo a multitud de ámbitos de prestación de servicios de cuidados.

Es de destacar en primer lugar la importante similitud entre las características de los grupos estudiados, hecho de especial relevancia puesto que no fueron simultáneos en el tiempo. El grupo control (atención por el obstetra) estuvo formado por puérperas del año 2013 y el grupo intervención (atención por matronas) por puérperas del 2014. Las diferencias entre las variables sociodemográficas estudiadas fueron mínimas y todas sin significación estadística. Esto indicaría que ambos grupos son homogéneos y las diferencias encontradas no serían atribuibles a que los grupos fueran diferentes.

Además las características de ambos grupos son homogéneas a las de las mujeres atendidas en el hospital en el histórico del hospital por lo que parece apuntar a que la muestra utilizada podría considerarse representativa.

Estos resultados además son coherentes con los encontrados en otros estudios, por ejemplo, Harvey et al realizaron ensayos controlados aleatorios y obtuvieron resultados semejantes en lo referente a la satisfacción referida por las puérperas que habían sido atendidas por matronas frente a otras atendidas por facultativos (110). En estos casos además, sí quedó especificado un seguimiento de *bajo riesgo obstétrico*, hecho a tener en cuenta ya que de otra manera los resultados podrían atribuirse a que las matronas siempre quedan adscritas a este tipo de cuidado (para el que están formadas y para el cual han adquirido las competencias necesarias), que lógicamente abarca una población que se complica menos durante la gestación, el parto y la etapa puerperal. Este dato ha quedado reflejado al analizar la frecuentación a urgencias en ambos grupos estudiados, donde tan solo se complicaron 74 casos del total de la muestra utilizada.

Al analizar los resultados cuando se agruparon las opciones de respuesta de los sujetos en dos únicos bloques con opciones negativas o positivas, éstos no tuvieron significado estadístico a excepción de la identificación de los profesionales, la información sobre signos y síntomas de alarma y la recomendación del hospital, quedando en el límite la percepción de la satisfacción de la información recibida sobre cuidados al alta. Aun así, las matronas obtuvieron mejores puntuaciones que los obstetras (un 95% de opciones positivas frente al 76,3%).

Hay que destacar que estos datos aportan *significación clínica*, así lo apoya el estudio de Pérez-Jóver (127), que describe en sus resultados que “la información recibida al alta” y “la identificación del profesional que ha prestado la atención”, son aspectos que incrementan las probabilidades de que los usuarios se declaren satisfechos. Hecho éste que incrementa sin duda la calidad de la atención proporcionada.

Se puede observar en nuestro estudio, como las máximas diferencias en las medias de ambos grupos se registraron en la identificación de los profesionales (3,56 frente a 4,53) y en la resolución de dudas al usuario (4,4 frente a 4,84). Esto podría ser una consecuencia de una atención más personalizada y cercana proporcionada por las matronas.

En España, los resultados observados coinciden con otros obtenidos en estudios como el de Seguranyes en Cataluña (12), que describe en su trabajo como la puntuación media en una escala de 1 a 5 que las mujeres otorgaron a la atención proporcionada por matronas durante la etapa puerperal fue de 4,76. En nuestro estudio, la puntuación media de la satisfacción en relación con la atención global recibida por matronas durante el puerperio dentro de una misma escala fue de 4,79, claramente semejante, a pesar de que ella evaluó una intervención telemática y la nuestra fue presencial.

La literatura revisada apunta a que durante la etapa puerperal, las mujeres y familias necesitan refuerzo individual de educación para la salud específica de este periodo, sobre todo si antes del parto no asistieron a clases de educación maternal o en caso de inmigrantes o mujeres con escaso control gestacional (67,128,129). La matrona es el

profesional indicado y más capacitado para proporcionarlo, actividad que se realizó diariamente y de forma individualizada desde la implantación de la nueva actividad asistencial. Éste hecho podría explicar la desviación clara hacia el incremento en el nivel de satisfacción cuando la atención fue proporcionada por las matronas.

También cabría considerar que las puérperas no solo tienen necesidades de información en cuanto a temas referidos a signos y síntomas de alarma durante la nueva etapa (actividad en la que sobre todo se centran los obstetras), sino que podrían beneficiarse de información sobre promoción de la salud física y emocional (37), actividad desarrollada por el equipo de matronas durante la visita y al alta. Esto podría también suponer un incremento en los niveles de satisfacción. La información proporcionada por los diferentes profesionales no tiene los mismos contenidos de educación para la salud en uno u otro momento del proceso de maternidad, tampoco las necesidades de las usuarias (39).

Zhora et al(130), realizaron un estudio en 53 centros de tercer nivel en el que evidenció la ausencia de diferencias en la eficacia de la atención prestada entre trabajadores de niveles medio y superior en áreas de salud materno infantil, pero al igual que en nuestro caso, encontró un mayor nivel de satisfacción con la atención proporcionada por matronas.

En esta misma línea, en España, el estudio realizado en 2010 en el Hospital Josep Trueta de Girona (111), comparó satisfacción (entre otros ítems) en un grupo de 99 mujeres, de las cuales un 31.3% fueron atendidas por matronas en el contexto de un parto normal y el resto por obstetras y matronas (parto intervenido). La media de edad de las mujeres estudiadas fue muy similar a la de nuestra muestra (alrededor de los 30 años) y la satisfacción resultó más elevada entre las pacientes atendidas solo por matronas.

Una cuestión interesante ha sido analizar las puntuaciones obtenidas en lo referente a la satisfacción expresada con la atención global recibida. Éste aspecto está considerado un pilar fundamental como indicador de buenos resultados y como ítem imprescindible para obtener información sobre las percepciones y expectativas del

usuario con su proceso de atención (75). En nuestro estudio, las mujeres atendidas por matronas, obtuvieron puntuaciones superiores cuando fueron preguntadas sobre esta cuestión (93,8% frente al 87,5% del obstetra) pero las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Sin embargo, el 100% de las mismas recomendaría el hospital, es decir, volvería a utilizar el servicio referencia de la encuesta, indicador que confirma mejoría en los resultados obtenidos.

Quizá esto tenga que ver con conclusiones de otros estudios internacionales que afirman que la continuidad por parte de los mismos profesionales, la atención suficiente, el respeto y el trato individualizado son aspectos que aumentan los niveles de satisfacción (96,126).

## **6.2. Frecuentación a urgencias por complicaciones puerperales**

Los resultados obtenidos en relación a posibles cambios en la frecuentación a urgencias durante el puerperio al introducir a la matrona en el protocolo de atención, parecen evidenciar que las mujeres precisaron menos asistencia urgente tras el alta domiciliaria aunque la diferencia no alcanzó la significación estadística.

Al incorporar las variables del parto y de la evolución previa e inmediatamente posterior, que pudiesen ser causa de que las mujeres acudan a urgencias en los primeros 40 días posparto, y hacer el ajuste multivariante con ellas, se observó que mejoró sustancialmente el resultado (OR bruta 0,808 frente a OR ajustada 0,334).

En los resultados se observa una disminución de las urgencias al ser atendidas las mujeres por matronas, sin embargo las incidencias absolutas de visitas a urgencias en ambos grupos de mujeres han sido muy pequeñas y la reducción de riesgo entre los grupos también (reducción absoluta de riesgo de 0,6% y un NNT de 167), no resultando estadísticamente significativas las diferencias entre ambos grupos. Este hecho es muy relevante ya que pone de manifiesto que las complicaciones no han empeorado al sustituir a los obstetras por las matronas en la atención al puerperio de bajo riesgo.

Destacar que en este estudio, el tamaño muestral se calculó estimando unas incidencias de visitas a urgencias, y las reducciones en éstas mucho mayores a las encontradas en ambos grupos. Este hecho ha podido condicionar que los resultados no hayan sido estadísticamente significativos. Aunque las incidencias absolutas de visitas a urgencias y la reducción absoluta de riesgo encontrada son pequeñas, sería interesante realizar estudios con tamaños muestrales acordes a las incidencias encontradas, para poder concluir si realmente existe una mejoría en el número de mujeres que presentan complicaciones como parece que podrían apuntar los resultados de los análisis de la medida de efecto realizadas (resultados de los análisis de riesgos, del NNT y de la regresión logística).

Al analizar los resultados obtenidos por área-zona de salud a la que pertenecían las mujeres estudiadas, se pudo constatar que los grupos fueron homogéneos y que pertenecer a uno u otro no supuso un riesgo aumentado de tener que acudir a urgencias durante el puerperio por algún tipo de complicación, en general, parece que estas mujeres utilizaron nuestro hospital para parir pero luego volvieron a los servicios de urgencias de sus hospitales de referencia, por eso la variable no afecta a los resultados estadísticos.

Sin embargo, de la población de otras áreas, sí pudimos comprobar que el resultado del análisis podría tener cierta importancia, ya que las mujeres atendidas por las matronas consultaron algo más. Esto podría explicarse como un hecho secundario a que, a pesar de haber recibido la misma información durante el ingreso, podrían arrastrar deficiencias en relación a la que se les había proporcionado durante el seguimiento de la gestación en sus centros de referencia (las mujeres de fuera del área no tuvieron el refuerzo educacional prenatal que las matronas del HUF proporcionan en la consulta de la semana 36). Como se detalló en apartados previos, el seguimiento del embarazo difiere sustancialmente de unas áreas de salud a otras y de unas comunidades a otras (126). La literatura disponible revela la capacidad de la educación para la salud de producir modificaciones en los comportamientos de salud de los usuarios (102,131). Los protocolos de atención del HUF han modificado

sustancialmente la atención tradicional a la gestación, parto y puerperio y eso podría haber influido (132).

Si observamos el control gestacional de las mujeres, veremos que el hecho de tener una gestación controlada, ha hecho que las pacientes consulten también más en la etapa puerperal, dato que podría parecer obvio pero que no hay que dar por supuesto, ya que lo esperado podría ser que una mujer que no ha tenido un buen control podría después hacer una mala utilización de los recursos hospitalarios, en lugar de realizar un seguimiento posparto adecuadamente programado. Autores como López y Cavanillas (2005) (133), apuntan a que la educación para la salud podría mejorar la demanda de los servicios de urgencias. Las diferencias encontradas no fueron significativas estadísticamente a causa del escaso número de mujeres que no se controlaron anteparto. Habría que pensar que, a la hora de diseñar estudios posteriores, podría ser interesante controlar el número de mujeres que no acudieron a las urgencias hospitalarias pero si a las de Atención Primaria.

También un aspecto que parece influir en la frecuentación a urgencias es la paridad de las usuarias. Entre mujeres multíparas no se hallaron diferencias reseñables en la utilización de las urgencias obstétricas durante el puerperio. Sin embargo, las mujeres que habían tenido su primer hijo, sí frecuentaron más este servicio, quizá por el hecho de carecer de experiencias previas que pudiesen ayudarles a resolver cuestiones relacionadas con el posparto (134). La literatura revela que a pesar de haber recibido educación para la salud, las mujeres primíparas hacen una utilización mayor de los recursos sanitarios de urgencia (135). Pero al analizar los resultados obtenidos en nuestro trabajo, hemos podido comprobar como en el grupo intervención acudieron menos a urgencias durante los siguientes 40 días post alta. La única explicación posible debería ser el refuerzo educacional de las matronas durante el seguimiento en hospitalización.

Con respecto al sondaje vesical, que fue otra de las variables analizadas, estudios consultados aportan datos que confirman un aumento del riesgo de complicaciones infecciosas asociadas al mismo (136). Nuestro trabajo ha evidenciado como el grupo de mujeres con control por parte de las matronas, tuvo un riesgo ligeramente menor



que el de los obstetras de necesitar atención urgente relacionada con este evento (62,5% frente al 68,5%), a pesar de que la significación estadística, una vez más, no fue relevante. La explicación posible para esta cuestión podría ser, igual que en ocasiones anteriores, las indicaciones de salud que se ofrecieron a las mujeres durante el puerperio inmediato y después en la unidad de hospitalización durante la visita y al alta (aumento de la ingesta hídrica, indicaciones relativas a la higiene perineal,...) y que probablemente, en el caso del grupo que atendieron los obstetras, fuese más escueta y quizás menos concreta pues no estuvo protocolizada. Las matronas del área obstétrica tuvieron la oportunidad de conocer las necesidades relacionadas con aspectos de autocuidado de forma individualizada, concreta y directa, al ofrecer una atención personalizada y cercana.

Otra causa de consulta frecuente de las púrpas durante los dos primeros meses posparto han sido los problemas relacionados con las lesiones perineales (desgarros o episiotomías) que precisaron reparación mediante sutura (12). En los resultados obtenidos en nuestro estudio, en el que, más de la mitad de las mujeres de la muestra, presentó sutura posparto a causa de desgarros o episiotomías (74,6%), esto no pareció tener influencia en la frecuentación a urgencias. El porcentaje mayoritario de desgarros correspondió a lesiones de I y II grado (32,5% y 25,3% respectivamente), que habitualmente se complican menos que los de III y IV grado (dehiscencias, dolor perineal,...). Éste hecho podría explicar parte de los resultados obtenidos. Las diferencias entre cohortes no han sido significativas, la introducción de la matrona no ha supuesto influencia ni positiva ni negativa con respecto a la demanda de asistencia urgente. Cabe destacar, aun así, que en el grupo atendido por matronas en 2014, la incidencia de consultas secundarias a estos problemas fue ligeramente menor.

Entre los resultados presentados en otras revisiones de estudios tanto observacionales como experimentales (130), podemos destacar (a pesar de la baja calidad de algunas de las pruebas científicas) como las mujeres refirieron estar más satisfechas cuando parieron bajo la supervisión de las matronas que aquellas que lo hicieron supervisadas por matronas y obstetras. Además entre el grupo atendido por matronas, se realizaron menos episiotomías y la utilización de analgesia fue menor (esto supondría, aunque no esté valorado, menor coste sanitario y menos riesgo de complicaciones).

Entre las variables estudiadas, la lactancia materna cobró una especial relevancia a causa de la implicación del equipo de matronas en el refuerzo educacional proporcionado a las mujeres, ya que supone un número elevado de consultas posparto en nuestro centro (incidencia de visitas a urgencias del 3,1% de las mujeres con lactancia materna), hecho que está en línea con la mayoría de estudios consultados (12,46). Es un problema evitable que produce una importante carga de ansiedad para las puérperas y sus familias, que van a necesitar un apoyo mayor durante este periodo a causa de la vulnerabilidad que presentan (137).

Trabajos como el de Fernández Medina et al (51) o el realizado en Australia por Meedya et al (138), muestran que los profesionales sanitarios desarrollan una importante labor en la instauración y el mantenimiento de la lactancia, así como en la prevención de problemas asociados. Los resultados hallados en este trabajo muestran que tener lactancia materna al alta parece ser un factor de riesgo (casi significativo estadísticamente) para frecuentar la urgencia en el posparto, sin embargo no se registraron diferencias importantes entre el grupo de obstetras y el de matronas, esto podría deberse a que las enfermeras generalistas de la unidad de hospitalización, también reforzaban éste aspecto durante el periodo en el que los obstetras se hacían cargo de las pacientes con puerperios de bajo riesgo. Quizá en este sentido también pueda influir que, al ser nuestro centro un hospital HIAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia), tanto médicos como enfermeras especialistas y generalistas tenemos idéntica formación en lactancia materna (139).

Al estudiar ítems relacionados con el recién nacido, como el sexo, la promoción del vínculo o el traslado del neonato, quedó constatado que éstos no influenciaron la frecuentación al servicio de urgencias por parte de las puérperas. A pesar de ello, el sexo del recién nacido parecía estar produciendo interacción, pero al ajustar con el resto de variables, quedó descartada.

Un factor que también nos pareció interesante fue el alta de las pacientes a las 24 horas del parto (alta precoz). Pensamos que podría también ser un factor que pudiese

condicionar el número de complicaciones puerperales a causa de la ausencia de apoyo continuo de los profesionales del hospital a partir de las 24 horas del nacimiento. El estudio realizado en el País Vasco por Goyeneche (2014) (140), revela entre sus conclusiones que “el alta precoz posparto no repercute en las complicaciones de la madre ni del recién nacido”, hecho que coincide con los resultados obtenidos en este trabajo, a la vista de los cuales, podemos afirmar que esta variable no tuvo influencia en las visitas a urgencias. También Cardona et al (141), realizaron un estudio prospectivo en Colombia con 750 pacientes obstétricas en el que no se identificaron más complicaciones en el grupo que abandonó el hospital de forma precoz, incluso sus autores afirman que esta intervención se comportó como factor protector.

Una razón que podría explicar este evento es la consulta de alta precoz que atienden las matronas del HUF. En ella, se ve a las puérperas que se han marchado del centro con alta precoz, a las 24 horas del alta clínica, y se refuerza de nuevo la educación para la salud. Además una enfermera de pediatría de la unidad y un pediatra, ven al recién nacido y completan la atención integral que se proporciona a la familia. Esto sin duda supone un aumento de la sensación materna de seguridad.

Entrando en aspectos relacionados con la evolución del puerperio inmediato (dos primeras horas posparto) y del puerperio clínico, podemos observar, al igual que en ocasiones anteriores, como han sido variables que prácticamente no han condicionado la frecuentación a urgencias durante los 40 días post alta.

Podría tener interés cómo durante los análisis se ha podido apreciar la ausencia de casos para los grupos atendidos por matronas en los estratos del estudio “puerperios complicados”. Una posible explicación podría ser la programación de consultas sucesivas en la urgencia de obstetricia que los obstetras realizan a veces tras el alta de estas pacientes complicadas, por sobrecarga de las consultas programadas. Las matronas habitualmente recomiendan a las mujeres que acudan a sus centros de atención primaria para control y seguimiento. Estudios consultados, como el realizado en Colombia por Bohórquez et al (142), apoyan la atención y el seguimiento de las puérperas y sus recién nacidos en atención primaria, donde los beneficios potenciales

son elevados para mujeres y familias, con una escasa inversión de recursos y tecnología.

### 6.3. Limitaciones y Perspectivas futuras

A continuación se señalan algunas de las posibles limitaciones del trabajo realizado, así como las medidas adoptadas para minimizarlas:

La principal limitación del estudio es que es cuasiexperimental y no es un ensayo clínico aleatorizado.

- La encuesta de satisfacción no fue realizada en el mismo intervalo temporal para todos los sujetos. Las mujeres del grupo control fueron pacientes con estancias hospitalarias de tres meses anteriores a la muestra del grupo intervención. Esto no pudo solucionarse a causa del tamaño de nuestro centro, que cuenta con una única unidad de hospitalización obstétrica de tamaño y recursos limitados. Desde que la matrona asumió el control del puerperio clínico de bajo riesgo, los obstetras quedaron a cargo de tareas de alta especialización (alto riesgo obstétrico, pacientes quirúrgicas u oncológicas,...), de manera que las pacientes sin complicaciones fueron visitadas y dadas de alta siempre por matronas. Un ensayo clínico hubiese sido ideal para evaluar la intervención planteada en el trabajo pero fue inviable por dos razones, la primera fue que se desarrolló en un hospital limitado en cuanto a espacios físicos y volumen de partos, con un único servicio de hospitalización obstétrica y recursos limitados que hicieron imposible la división de la muestra en dos grupos para un correcto cegamiento.
- Otro posible sesgo de la encuesta podría relacionarse con el hecho de que fuesen dos personas diferentes las que realizaron la encuesta telefónica, cuestión que trató de solventarse formando a ambos profesionales de manera simultánea y con sesiones conjuntas para evitar la variabilidad, así como asignando de manera aleatoria a cada grupo a las mujeres que fueron llamadas. También pudo sesgar la información, el hecho de que las dos personas que

realizaron las encuestas fuesen matronas (por la imposibilidad técnica de utilizar auxiliares administrativos).

- La exclusión de población inmigrante, pues como criterio de exclusión se consideró la barrera idiomática.
- El tipo de estudio realizado, en el que los grupos no son simultáneos en el tiempo y la asignación no es aleatoria, no puede asegurar que los cambios detectados se deban exclusivamente a la intervención o que haya otras variables que puedan estar influyendo. En este caso, tratamos de corregirlo introduciendo variables en los análisis que permitiesen valorar la homogeneidad de los grupos y ajustándolas en un modelo multivariante.
- La validez externa del trabajo queda limitada a la población atendida en el HUF. El HUF es un centro con unas características muy concretas, donde todos los registros están informatizados y los protocolos de atención del Área de Cuidados de la Mujer difieren sustancialmente de los que recogen otros hospitales de la Comunidad de Madrid, y donde las matronas han desarrollado competencias no trabajadas en el resto de España.
- También se consideró la posibilidad de que se hubiese podido realizar de forma diferente la intervención de salud por parte de los distintos profesionales, para subsanarlo se realizaron las oportunas sesiones de formación previas a la implantación del protocolo de atención clínica. Las sesiones de formación tuvieron lugar en las aulas de docencia del HUF en el periodo comprendido entre julio y diciembre de 2013. Fueron impartidas en las aulas de docencia del Hospital Universitario de Fuenlabrada, en horario de mañana y tarde, destinadas a todo el personal del servicio. Además, como parte del material de apoyo y docente, se elaboraron 2 guías de consulta: Manejo Selene para los formularios hospitalización obstétrica y ginecológica, informes de pase de visita y de alta, recomendaciones y puerperio fisiológico VS puerperio patológico, todas de libre acceso desde cualquier ordenador del servicio de obstetricia. Se ofertaron consultas individuales necesarias al equipo de ginecólogos durante o después de las rotaciones autorizadas.
- La información para los análisis de la frecuentación a urgencias fue recogida de la historia clínica y no de un cuaderno específico de recogida de datos,

perdiendo así información que podría haber resultado relevante acerca de las visitas de atención puerperal en AP, frecuentación a urgencias en centros de salud en lugar del hospital, asistencia a clases de educación maternal, revisiones del niño sano,...

#### Implicaciones para la práctica clínica y perspectivas futuras

Un aspecto relevante de este trabajo es que, hasta la fecha, no hay literatura que recoja estudios similares en España.

Hay que destacar que durante el estudio, la única modificación sufrida en la unidad de hospitalización obstétrica, fue la introducción de matronas en el proceso de seguimiento, elaboración y emisión del informe de alta, independientemente del obstetra. El resto de la unidad se mantuvo sin cambios estructurales o de personal (enfermeras generalistas y auxiliares de enfermería), por lo que presumiblemente, el factor responsable de la mejora en términos de satisfacción y frecuentación a urgencias sería la matrona. También podríamos considerar relevante la atención de las matronas en consulta de la semana 36 de gestación.

Los resultados obtenidos hacen que cobre especial interés la posibilidad de desarrollar estudios similares con grupos equivalentes en otros hospitales españoles, para así poder generalizarlos e impulsar un cambio en los modelos de atención tradicionales. Para ello, sería imprescindible la implantación de un modelo de atención semejante al del HUF en otros centros con asistencia a la gestación, parto y puerperio de bajo riesgo, ofreciendo a la población una atención de calidad liderada por un mismo profesional, optimizando sus competencias y sus capacidades para cubrir de forma adecuada las necesidades asistenciales de esta población.

Sería interesante poder validar el cuestionario diseñado para extender el estudio a otros centros de toda España, así como implicar a las matronas de atención primaria para un control más exhaustivo de factores que podrían ser importantes para futuras investigaciones.



## **CONCLUSIONES**





## 7. CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos en el presente estudio, podemos extraer las siguientes conclusiones:

1. Durante el periodo estudiado no se han producido cambios significativos en las características de la población atendida en la unidad de hospitalización obstétrica del Hospital Universitario de Fuenlabrada. Podemos afirmar que los grupos estudiados fueron homogéneos.
2. Se ha registrado un aumento en la satisfacción percibida por las mujeres con el nuevo protocolo clínico de atención al puerperio de bajo riesgo. Las mujeres se han mostrado más satisfechas con la atención proporcionada por matronas en la unidad de hospitalización, valorando muy positivamente la identificación de los profesionales que prestaron la atención y la información recibida sobre signos y síntomas de alarma durante ésta etapa. La mayoría de ellas manifestó que recomendaría el hospital a familiares y conocidos.
3. Ha habido una disminución de la frecuentación a urgencias por complicaciones puerperales cuando la matrona ha liderado la atención de madres y recién nacidos en la unidad de hospitalización obstétrica del HUF. Ésta reducción no ha sido estadísticamente significativa, siendo una posible causa del escaso número de casos complicados registrados, muy inferior al inicialmente estimado y con el que se calculó el tamaño muestral.
4. La unidad donde se realizó el estudio se mantuvo sin cambios estructurales o de personal (enfermeras generalistas y auxiliares de enfermería), por lo que presumiblemente, el único factor responsable de la mejora en términos de satisfacción y frecuentación a urgencias sería el cambio en el protocolo de atención, y la asunción de nuevas responsabilidades por parte de las matronas.

5. Por todo ello, podemos concluir que la introducción de matronas en la unidad de hospitalización del HUF, para la atención y seguimiento de las puérperas de bajo riesgo, ha supuesto un aumento de la satisfacción de las mujeres sin que se haya empeorado en el número de complicaciones puerperales que requieren la atención en urgencias, con respecto a las que existían cuando la atención era dada por los obstetras.





## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Montes M. Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos (Tesis). Tarragona: Universitat Rovira I Virgili, 2007. 380 p.
- (2) Martínez MJG, Martínez ACG. Las funciones de la matrona en el mundo antiguo y medieval: una mirada sobre la historia. *Matronas profesión* 2005(1):11-18.
- (3) Racero JV. El saber y la práctica de las matronas: desde los primeros manuales hasta 1957. *Matronas profesión* 2002;9:28-35.
- (4) Argüello-Avenida HE, Mateo-González A. Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. *LiminaR* 2014;12(2):13-29.
- (5) Fernández y Fernández-Arroyo M. Análisis comparativo de las principales Escuelas de Educación Maternal. *Index de Enfermería* 2013;22(1-2):40-44.
- (6) Castaño Molina M. La asistencia al parto: del hogar al hospital. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital) 2014 2º cuatrimestre 2014;39:18.
- (7) Naciones Unidas. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer; Beijing 1995. [último acceso 25 de Noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>.
- (8) OMS. El Estado de las Parteras en el Mundo 2014. Available at: <http://www.who.int/topics/midwifery/es/>. Accessed 15/03/2015, 2015.
- (9) Ten Hoop-Bender P, de Bernis L, Campbell J, Downe S, Fauveau V, Fogstad H, et al. Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *The Lancet* 2014;384(9949):1226-1235.
- (10) Federación de Asociaciones de Matronas de España (2007)-Iniciativa parto normal. Documento de consenso. Barcelona [internet] 2007 [último acceso 15 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal>
- (11) Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. [internet]2007.[último acceso 26 de junio 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/atencionParto.htm>



- (12) Seguranyes Guillot G. Eficacia de una intervención telemática en la atención al posparto en relación a la atención habitual, respecto a la opinión, consultas y morbilidad en las mujeres atendidas en los centros del PASSIR de atención primaria en Cataluña Universidad Complutense de Madrid; 2013.
- (13) Mir LA, Muñoz EB, De la Iglesia López, B. El médico de familia y el control del embarazo en las distintas comunidades autónomas. *Atención primaria* 2002;29(4):233-236.
- (14) Rodríguez AM, Bustelo SM, Fernández SP, Morales AF. El programa de educación maternal en el Sistema Público de Salud en Galicia. *Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología* 2007;10(1):5-11.
- (15) Junta de Andalucía. Embarazo, parto y puerperio: proceso asistencial integrado. Sevilla: Consejería de salud. [internet]2005.[último acceso 2 de noviembre 2014]. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/ksalud/contenidos/Informacion\\_General/p\\_3\\_p\\_3\\_procesos\\_asistenciales\\_integrados/pai/embarazo\\_parto\\_puerperio\\_v3?perfil=org](http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/ksalud/contenidos/Informacion_General/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/pai/embarazo_parto_puerperio_v3?perfil=org)
- (16) Bao BU, Lema IG, López DT. Seguimiento del embarazo de bajo riesgo en atención primaria. *Cadernos de atención primaria* 2013;19(3):174-181.
- (17) Casás SI, García MC, Salgado SG. Parto y nacimiento humanizado: evaluación de una vía clínica basada en la evidencia. *Matronas profesión* 2009(2):5-11.
- (18) El Parto es Nuestro. *El parto es nuestro* [sede web] [último acceso 23 de noviembre 2015]. Disponible en: <http://www.elpartoesnuestro.es/>.
- (19) Fernández Idiago M. Impacto de los programas de educación maternal. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)* 2009;1(2).
- (20) Gagnon A, Sandall J. Educación prenatal grupal o individual para el parto, la maternidad/paternidad o ambos. *La Biblioteca Cochrane Plus* 2008(2).
- (21) Orden SAS/1349/2009, de 6 de Mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). (Boletín Oficial del Estado, número 129 de 28/05/2009).
- (22) Asociación de Matronas de Madrid. AMM. Documentos de interés. Funciones de la Matrona. Madrid. 2011. Available at: <http://www.matronasmadrid.com/documentos-de-interes/otros-documentos/126-triptico-funciones-de-la-matrona>. Accessed 14/05/2015, 2015.

- (23) International Confederation of Midwives. International Definition of the Midwife. Durban (South Africa). ICM;2011. Available at: <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Definition%20of%20the%20Midwife%20-%202011.pdf>. Accessed 3/07/2015, 2015.
- (24) Federación de Asociaciones de Matronas de España. FAME. Documentos de interés AAMM FAME. Definición de Matrona. 2011. Available at: <http://www.federacion-matronas.org/documentos/documentos-de-interes-aamm-fame>. Accessed 29/01/2015, 2015.
- (25) Directiva 2013/55/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013, por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. Diario Oficial n° L 354 de 28/12/2013 p. 0132 - 0170. (28 diciembre 2013).
- (26) Casteleiro-Vallina A, Díez-Paz E. Autonomía de la matrona: un repaso a su situación en el mundo. Nuberos Científica 2015;2(16).
- (27) Gómez del Pulgar García-Madrid, Mercedes. Evaluación de competencias en el Espacio Europeo de Educación Superior: un instrumento para el Grado en Enfermería[tesis]. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. 2013.
- (28) Fullerton JT, Thompson JB, Johnson P. Competency-based education: The essential basis of pre-service education for the professional midwifery workforce. Midwifery 2013 10;29(10):1129-1136.
- (29) ANECA. Glosario de términos de ANECA. [internet].[Consultado el 25 de Noviembre de 2015]. Disponible en [http://www.aneca.es/var/media/163448/pei0506\\_guia\\_anexo5.pdf](http://www.aneca.es/var/media/163448/pei0506_guia_anexo5.pdf).
- (30) Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado,29 de mayo de 2003.BOE-A-2003-10715. Disponible en: [http://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2003-10715](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2003-10715) [último acceso 8 diciembre 2015].
- (31) Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. *Boletín Oficial del Estado*, 16 de septiembre 2006. 222 [actualizado 6/02/2015].  
[http://www.segsocial.es/Internet\\_1/Normativa/index.htm?dDocName=097419](http://www.segsocial.es/Internet_1/Normativa/index.htm?dDocName=097419)  
[último acceso 23/11/2015].
- (32) Asociación de Matronas de Madrid. AMM. Documentos de Interés. Maternidad y Salud. Madrid. 2013. Available at: <http://www.matronasmadrid.com/documentos-de-interes/documentos-profesionales/nacional/213-maternidad-y-salud>. Accessed 6/04/2015, 2015.

- (33) Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. *Boletín Oficial del Estado*, 1 de febrero de 1984. 27:2627-2629. Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1984-2574](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1984-2574). [último acceso 23 de noviembre de 2015].
- (34) Perry S, Cashion K, Lowdermilk D. Manual Clínico: Maternidad y Salud de la Mujer. 9ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2008.
- (35) SEGO. Puerperio normal y patológico. 2008; Available at: [http://www.prosego.com/?password-protected=login&redirect\\_to=http%3A%2F%2Fwww.prosego.com%2F](http://www.prosego.com/?password-protected=login&redirect_to=http%3A%2F%2Fwww.prosego.com%2F). Accessed 7/04/2015, 2015.
- (36) Villacampa Alonso M, Lafuente Pardos MS. Puerperio normal. En: Castán S, Tobajas JJ, directores. Obstetricia para matronas: guía práctica. 1ª ed. Madrid: Panamericana; 2013. p. 277-284.
- (37) Fowles ER, Cheng HR, Mills S. Postpartum health promotion interventions: a systematic review. *Nurs Res* 2012 Jul-Aug;61(4):269-282.
- (38) Olivar Bonilla A. Cambios biológicos, psicológicos y sociales durante el embarazo. *Rev Fed Odontol Colomb* 2002(201):37-51.
- (39) Bowman KG. Postpartum learning needs. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 2005;34(4):438-443.
- (40) Schmied V, Cooke M, Gutwein R, Steinlein E, Homer C. An evaluation of strategies to improve the quality and content of hospital-based postnatal care in a metropolitan Australian hospital. *J Clin Nurs* 2009;18(13):1850-1861.
- (41) Escuriet Peiró R, Martínez Figueroa L. Problemas de salud y motivos de preocupación percibidos por las púerparas antes del alta hospitalaria. *Matronas Profesión* 2004;5(15):30-35.
- (42) American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG). Postpartum depression. *Women's health care physicians*. 2009. Disponible en: <http://www.acog.org/>. [último acceso 9/09/2015]
- (43) Screening for perinatal depression. Committee Opinion No. 630. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2015;125:1268–71.
- (44) Vera F, Karina J, Iturriza Natale AT, Toro Merlo J, Valbuena R. Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. *Rev.obstet.ginecol.Venezuela* 2014;74(4):229-243.
- (45) Patología puerperal. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra: SciELO Espana*; 2009.

- (46) Bergmann RL, Bergmann KE, von Weizsäcker K, Berns M, Henrich W, Dudenhausen JW. Breastfeeding is natural but not always easy: intervention for common medical problems of breastfeeding mothers—a review of the scientific evidence. *J Perinat Med* 2014;42(1):9-18.
- (47) Szucs KA. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. *J Hum Lact* 2011 Nov;27(4):378-379.
- (48) Asociación Española de Pediatría. Available at: <http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/lactancia-materna-demanda>. Accessed 6/08/2015, 2015.
- (49) Amir LH. Managing common breastfeeding problems in the community. *BMJ* 2014 May 12;348:g2954.
- (50) Heller MM, Fullerton-Stone H, Murase JE. Caring for new mothers: diagnosis, management and treatment of nipple dermatitis in breastfeeding mothers. *Int J Dermatol* 2012;51(10):1149-1161.
- (51) Fernández Medina IM, González Fernández CT. Lactancia materna: prevención de problemas tempranos en las mamas mediante una técnica de amamantamiento eficaz. *Enfermería Global* 2013;12(31):443-451.
- (52) Abou-Dakn M, Richardt A, Schaefer-Graf U, Wockel A. Inflammatory Breast Diseases during Lactation: Milk Stasis, Puerperal Mastitis, Abscesses of the Breast, and Malignant Tumors - Current and Evidence-Based Strategies for Diagnosis and Therapy. *Breast Care (Basel)* 2010 Mar;5(1):33-37.
- (53) Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, Quinn B, Dowswell T. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;5(CD001141).
- (54) Vásquez Teevin VA, Flores Noriega ML, Lazo Porras, María de los Ángeles. Endometritis posparto: experiencia en un hospital general. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 2014;60(1):59-64.
- (55) Arteaga Galobardes D, Serrano Monzó I. Asistencia a la mujer con problemas de salud en el puerperio. I. Hemorragias posparto. *Matronas Profesión* 2003(11):26-29.
- (56) Yeniel A, Petri E. Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. *International urogynecology journal* 2014;25(1):5-14.
- (57) Salim NR, Araújo NM, Gualda DMR. Body and sexuality: puerperas' experiences. *Rev Lat Am* 2010;18(4):732-739.

- (58) Jackson E, Glasier A. Return of ovulation and menses in postpartum nonlactating women: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2011 Mar;117(3):657-662.
- (59) Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 4ª edición. 2009. Available at: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/9789241563888/es/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/es/). Accessed 25/02/2015, 2015.
- (60) World Health Organization. Estrategias para la programación de la planificación familiar posparto. Available at: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112766/1/9789243506494\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112766/1/9789243506494_spa.pdf). Accessed 27/05/2014, 2014.
- (61) Jackson E. Controversies in postpartum contraception: When is it safe to start oral contraceptives after childbirth? *Thromb Res* 2011;127:S35-S39.
- (62) Kapp N, Curtis K, Nanda K. Progestogen-only contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review. *Contraception* 2010;82(1):17-37.
- (63) Kapp N, Curtis KM. Intrauterine device insertion during the postpartum period: a systematic review. *Contraception* 2009;80(4):327-336.
- (64) Hospital Universitario de Fuenlabrada. Año 2013. Servicio Madrileño de Salud. Comunidad de Madrid. [último acceso 23 de enero de 2016]. Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=Memoria+2013+Fuenlabrada\\_v3.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalFuenlabrada&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352854591428&ssbinary=true](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=Memoria+2013+Fuenlabrada_v3.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalFuenlabrada&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352854591428&ssbinary=true).
- (65) Capitán MÁP. Conocimientos de las puérparas sobre autocuidados y cuidados del recién nacido en el momento del alta hospitalaria. *Matronas profesión* 2005(3):14-19.
- (66) Herrero-Morín JD, Huidobro Fernández B, Amigo Bello MC, Quiroga González R, Fernández González N. Valoración de las madres acerca de las recomendaciones para el cuidado del recién nacido al momento del alta hospitalaria. *Archivos argentinos de pediatría* 2015;113(1):28-37.
- (67) Gómez-Ortiz M, Labandeira-López P, Núñez-Vivas M, Mengíbar-Carrillo A, Vallecillos-Zuya S, Hernández-Martínez A. Necesidades educativas sobre autocuidados y factores relacionados en el puerperio domiciliario. *Matronas profesión* 2014;15(1):10-17.
- (68) Ortiz Villanueva L, García Varela A. Por qué acuden y cómo influye la educación maternal en un grupo de mujeres. *Nure Investigación* 2015;10(63).

- (69) Servicio Madrileño de Salud, S. M. Cartera de servicios estandarizados de Atención Primaria. Servicio de programas asistenciales Subdirección General de Atención Primaria. Madrid. 2013.
- (70) Lopez L, Hiller J, Grimes D. Educación de las mujeres después del parto en el uso de los anticonceptivos (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2010 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2010 Issue 1 Art no. CD001863. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- (71) Index Mundi. Tasa de mortalidad infantil. España. 2015. Available at: <http://www.indexmundi.com/g/g.aspx?c=sp&v=29&l=es>. Accessed 3/01/2015, 2015.
- (72) Rodríguez- Ferrer R, Feijoo Iglesias M, Magdaleno del Rey G, Pérez -Gay M, Vivanco-Montes M. Revisión sobre Mortalidad materna en España. Codem 2009.
- (73) WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank. Tasa de Mortalidad Materna (estimado mediante modelo, por cada 100.000 nacidos vivos). 2013; Available at: [http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT?order=wbapi\\_data\\_value\\_2013+wbapi\\_data\\_value+wbapi\\_data\\_value-last&sort=asc](http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT?order=wbapi_data_value_2013+wbapi_data_value+wbapi_data_value-last&sort=asc). Accessed 17/02/2015, 2015.
- (74) Instituto Nacional de Estadística. Indicadores demográficos básicos. Natalidad y Fecundidad. Indicadores de Natalidad. Total nacional 2013; Available at: <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1470>. Accessed 23/09/2014, 2014.
- (75) Comunidad de Madrid. Observatorio de Resultados. Informe de Hospitales, años 2011-2013. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad, Servicio Madrileño de Salud. 2014; Available at: [http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/Descargas/Informe\\_Observatorio\\_Resultados\\_Hospitales.pdf](http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/Descargas/Informe_Observatorio_Resultados_Hospitales.pdf). Accessed 23/09/2014, 2014.
- (76) Instituto Nacional de Estadística. Productos y Servicios. Mujeres y Hombres en España. Salud. 4.10 Altas hospitalarias. Actualizado 20 Mayo 2015; Available at: [http://ine.es/ss/Satellite?c=INESeccion\\_C&param3=1259926137287&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&cid=1259926692529&L=0](http://ine.es/ss/Satellite?c=INESeccion_C&param3=1259926137287&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&cid=1259926692529&L=0). Accessed 16/06/2015, 2015.
- (77) Cerezo Sanmartín M, Gutiérrez Aranda J, Perán Artero S, Gómez González G, Carrasco Gutiérrez P. Historia clínica informatizada de enfermería en el Departamento de Torre Vieja Salud como instrumento de gestión de calidad. Enfermería Global 2009(17):0-0.
- (78) Compte Vilella M, Fullà Corredor I. Un paso mas en el mundo de la enfermería: Los registros informatizados. Revision bibliografica. Agora de Enfermeria 2011;15(27).

- (79) Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development. Available at: <https://www.nichd.nih.gov/espanol/salud/temas/pregnancy/informacion/Pages/riesgo.aspx>. Accessed 3/10/2014, 2014.
- (80) Aristizábal JF, Gómez GA, Lopera JF, Orrego LV, Restrepo C, Monsalve G, et al. Paciente obstétrica de alto riesgo:¿ dónde debe realizarse su cuidado periparto. Rev Colomb Obstet Ginecol 2005;56(2):45-50.
- (81) Lombardia Prieto J, Fernández Pérez M. Ginecología y Obstetricia: Manual de consulta rápida. Ginecología y Obstetricia: Manual de consulta rápida 2007.
- (82) González-Boubeta R, Cid-González C. Maduración cervical: aceleración de un proceso natural. Matronas Prof 2007;8(1):24-29.
- (83) Abarzua F, Argomedo C, Meissner A, Diaz T, Garrido P, Farina S, et al. Prevalence of anal-vaginal colonization of Streptococcus agalactiae in third trimester of pregnancy and susceptibility to macrolides and lincosamides, in pregnant women controlled at Clinica Alemana Temuco, Southern Chile. Rev Chilena Infectol 2014 Jun;31(3):305-308.
- (84) Páez A, del Vigo S, Serrano P. Delegación de actuaciones en el Hospital Universitario de Fuenlabrada: enfoque y despliegue. [internet]. [último acceso 25 de mayo de 2015]. Disponible en: [http://www.diariomedico.com/mk/2012/ideas2012/docs/143\\_779715f8683fdc7030a9eed584477e4c.pdf](http://www.diariomedico.com/mk/2012/ideas2012/docs/143_779715f8683fdc7030a9eed584477e4c.pdf)
- (85) Limia Redondo S, Sanz Díaz MC, Pérez Martínez E, Santacruz Martín B, Vicente López A, Pacheco Ardilla F. Puesta en marcha del informe de alta emitido por matronas en el puerperio de bajo riesgo. Matronas profesión 2012(3):90-96.
- (86) Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. título 1. del ejercicio de las profesiones sanitarias. (Boletín Oficial del Estado número 280, de 21 de noviembre de 2003).
- (87) Limia Redondo S, Sanz Díaz MC, Santa Cruz Martín B, Pérez Martínez E, Vicente López A, Pacheco Ardila F. Delegación de actuaciones: Informe de alta emitido por matronas en el puerperio de bajo riesgo. Etica de los cuidados 2012;5(9).
- (88) Bajo Arenas JM, González de Agüero Laborda R. Cambios fisiológicos de la mujer durante el puerperio. En: Protocolos Asistenciales en Ginecología y Obstetricia. Tomo I. SEGO: Madrid 2007.
- (89) Shannon P, Kitty C, Deitra L. Posparto. En: Perry, Cashion, Lowdermilk. Maternidad y salud de la mujer. 9ªed. Barcelona: Elsevier Masson; 2008.p.203-227.



- (90) Shannon P, Kitty C, Deitra L. Complicaciones posparto. En: Perry, Cashion, Lowdermilk. Maternidad y salud de la mujer. 9ªed. Barcelona: Elsevier Masson; 2008.p.228-251.
- (91) Sandall J, SoltaniH,Gates S, Shennan A,DevaneD.Midwife-led continuity models versus othermodels of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub3.
- (92) Fenwick J, Butt J, Dhaliwal S, Hauck Y, Schmied V. Western Australian women's perceptions of the style and quality of midwifery postnatal care in hospital and at home. *Women and Birth* 2010;23(1):10-21.
- (93) Who Patient Safety Research [consultado 27/09/2015]. Ginebra, 2009. [último acceso 5 de marzo de 2015]. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO\\_IER\\_PSP\\_2009.10\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IER_PSP_2009.10_eng.pdf).
- (94) Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002 de 14 de Noviembre. (Boletín Oficial del Estado, número 274, de 15 de noviembre de 2002).
- (95) Linares RG. La estandarización de cuidados en la gestión del procesoasistencial. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:273-278.
- (96) Tucker JS, Hall MH, Howie PW, Reid ME, Barbour RS, Florey CD, et al. Should obstetricians see women with normal pregnancies? A multicentre randomised controlled trial of routine antenatal care by general practitioners and midwives compared with shared care led by obstetricians. *BMJ* 1996 Mar 2;312(7030):554-559.
- (97) Lida M, Horiuchi S, Nagamori K. A comparison of midwife-led care versus obstetrician-led care for low-risk women in Japan. *Women and Birth* 2014 9;27(3):202-207.
- (98) Martijn LLM, Jacobs AJE, Maassen IIM, Buitendijk SSE, Wensing MM. Patient safety in midwifery-led care in the Netherlands. *Midwifery* 2013 1;29(1):60-66.
- (99) Asociación Española de Pediatría. Manual de lactancia materna. De la teoría a la práctica. Madrid: Panamericana; 2009.
- (100) Lorda Abadías ME, Plumed Tejero M. Puerperio patológico. En: Castán S, Tobajas JJ, directores. *Obstetricia para matronas: guía práctica*. 1ª ed. Madrid: Panamericana; 2013.p.292-302.
- (101) Crovetto M. Antecedentes internacionales y nacionales de la promoción de salud en Chile: Lecciones aprendidas y proyecciones futuras. *Revista chilena de nutrición* 2009;36(1):32-45.



- (102) World Health Organization. Trabajando con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal. 2010. Available at: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/70173>. Accessed 24/06/2015, 2015.
- (103) Galiano JMM, Rodríguez MD. Contribución de la educación maternal a la salud maternoinfantil. Revisión bibliográfica. 2014. *Matronas Prof.* 2014; 15(4): 137-141
- (104) Artieta Pinedo I, de Gamboa RF, Hermosilla O, de la Hera B, Payo Gordon J, Ureta de Pedro M, et al. Efecto de la asistencia a educación maternal sobre la evolución del parto. XI Encuentro internacional de investigación en enfermería. Madrid 2007:14-16.
- (105) Artieta Pinedo M, Paz Pascual C. Utilidad de la educación maternal: una revisión. *Revista Rol de Enfermería* 2006;29(12):24-32.
- (106) Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Sustitución de médicos por enfermeras en la atención primaria (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- (107) Tracy SK, Hartz DL, Tracy MB, Allen J, Forti A, Hall B, et al. Caseload midwifery care versus standard maternity care for women of any risk: M@ NGO, a randomised controlled trial. *The Lancet* 2013;382(9906):1723-1732.
- (108) Bernitz S, Aas E, Øian P. Economic evaluation of birth care in low-risk women. A comparison between a midwife-led birth unit and a standard obstetric unit within the same hospital in Norway. A randomised controlled trial. *Midwifery* 2012;28(5):591-599.
- (109) Ryan P, Revill P, Devane D, Normand C. An assessment of the cost-effectiveness of midwife-led care in the United Kingdom. *Midwifery* 2013 4;29(4):368-376.
- (110) Harvey S, Rach D, Stainton MC, Jarrell J, Brant R. Evaluation of satisfaction with midwifery care. *Midwifery* 2002 12;18(4):260-267.
- (111) Compte C, Magret A, Sabench C, Sánchez J, Redondo J, Cano A, et al. Modelo de atención al parto dirigido por matronas frente al dirigido por matronas y obstetras en el Hospital Dr. Josep Trueta de Girona. 2015. *Matronas Prof.* 2015; 16(2): 54-60
- (112) Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet* 2014;384(9948):1129-1145.
- (113) De Jonge A, Mesman JA, Manniën J, Zwart JJ, Buitendijk SE, van Roosmalen J, et al. Severe Adverse Maternal Outcomes among Women in Midwife-Led versus Obstetrician-Led Care at the Onset of Labour in the Netherlands: A Nationwide Cohort Study. 2015.

- (114) Mcdowell I, Newell C. The theoretical and technical foundations of health measurement. Measuring health guide to rating scales and questionnaires. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2006. p. 10-46.
- (115) Fleiss JL. Design and analysis of clinical experiments. : John Wiley & Sons; 2011.
- (116) Altman DG. Practical statistics for medical research. : CRC Press; 1990.
- (117) Sarriá Sánchez E, Pérez LLantada M, Garriga Trillo A, García Gallego C, Fontes de Gracia S. Diseños de Investigación en Psicología. España: Universidad de Educación a Distancia; 2001.
- (118) Decreto 38/2012 de 13 de Marzo, Historia Clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de Documentación Clínica. (Boletín Oficial del País Vasco, 29 de marzo de 2012). [último acceso 18 febrero 2016]. Disponible en : [http://extranet.hospitalcruces.com/doc/adjuntos/Decreto%2038\\_2012%20sobre%20historia%20cl%C3%ADnica%20y%20derechos%20y%20obligaciones%20de%20pacientes%20y%20profesionales%20en%20materia%20de%20documentaci%C3%B3n%20cl%C3%ADnica.pdf](http://extranet.hospitalcruces.com/doc/adjuntos/Decreto%2038_2012%20sobre%20historia%20cl%C3%ADnica%20y%20derechos%20y%20obligaciones%20de%20pacientes%20y%20profesionales%20en%20materia%20de%20documentaci%C3%B3n%20cl%C3%ADnica.pdf)
- (119) Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. (Boletín Oficial del Estado número 298, de 13 de Diciembre de 1999).
- (120) Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad. (Boletín Oficial del Estado, número 102, de 29 de abril de 1986).
- (121) Declaración de Helsinki de la AAM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 18ª Asamblea médica mundial, Helsinki, Finlandia Junio 1964. Enmendada por la 29ª Asamblea médica mundial, Tokio, Japón 1975 Revisada en Escocia, octubre 2000. ; [último acceso 4 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>.
- (122) Martínez Carretero JM. Los métodos de evaluación de la competencia profesional: la evaluación clínica objetivo estructurada (ECO). Educación Médica 2005;8:18-22.
- (123) Perea Quesada R. La educación para la salud, reto de nuestro tiempo. UNED 2002. [último acceso 19 de junio de 2015]. Disponible en: <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:EducacionXXI-F118F1B1-20B0-6C6D-8F91-9988F26282B4/Documento.pdf>
- (124) Manejo de los inhaladores en pacientes bronquíticos. Anales del Sistema Sanitario de Navarra; 1999. Vol. 22, Núm. 1 (1999)

- (125) Alvarez MA, Yáñez PR, Aranís LR, Yovane C, Rugama AO, Páez CL, et al. Autoconcepto y proyecto de vida: Percepciones de adolescentes embarazadas de un sector periférico de Santiago, participantes de un programa de educación para la salud. *Revista de psicología* 2005;14(1):Pág. 141-152.
- (126) Maderuelo JA, Haro AM, Pérez F, Cercas LJ, Valentín AB, Morán E. Satisfacción de las mujeres con el seguimiento del embarazo: Diferencias entre los dispositivos asistenciales. *Gaceta Sanitaria* 2006;20(1):31-39.
- (127) Pérez-Jover V, Mira JJ, Tomás O, Nebot C, Rodríguez-Marín J. «Buenas prácticas» y satisfacción del paciente. *Revista de Calidad Asistencial* 2010 0;25(6):348-355.
- (128) Álvarez C. Eficacia de programa educativo para mejorar el nivel de satisfacción de pacientes sometidos a cirugía mayor ambulatoria. *Revista CIENCIA Y TECNOLOGÍA* 2013;9(1):57-68.
- (129) Bartolomé NG, Domínguez EC, Martín DM. Efectividad del autocontrol de la glucemia en sangre para la mejora de la educación en diabéticos tipo 2 no insulino dependientes. *Nure Investigación* 2014;11(69).
- (130) Zohra S Lassi, Giorgio Cometto, Luis Huicho & Zulfiqar A Bhutta. Quality of care provided by mid-level health workers: systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ* 2013;91:824–833I/doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.118786>. Accessed 16/09/2015, 2015.
- (131) Villa Andrada J, Ruiz Muñoz E, Ferrer Agualeles J. Antecedentes y Concepto de Educación para la Salud. [último acceso 30 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.saludextremadura.com/documents/19231/562422/Antecedentes+y+Conceptos+de+EpS.pdf>
- (132) Clark SL, Belfort MA, Dildy GA, Englebright J, Meints L, Meyers JA, et al. Emergency department use during the postpartum period: implications for current management of the puerperium. *Obstet Gynecol* 2010;203(1):38. e1-38. e6.
- (133) Cavanillas AB, López JS. Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias* 2005;17(3):138-144.
- (134) Shaw E, Levitt C, Wong S, Kaczorowski J. Systematic review of the literature on postpartum care: effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physical health. *Birth* 2006;33(3):210-220.
- (135) Furnieles-Paterna E, Hoyuelos-Cámara H, Montiano-Ruiz I, Peñalver-Julve N, Fitera-Lamas L. Estudio comparativo y aleatorizado de la visita puerperal en el domicilio de la madre y en el centro de salud. *Matronas Prof* 2011;12(3):65-73.

- (136) De la Morena, Javier Carmona, Moreno FJA. Bacteriuria asintomática en la consulta de atención primaria. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud 2008;32(2):45-51.
- (137) Coates R, Ayers S, de Visser R. Women's experiences of postnatal distress: a qualitative study. BMC Pregnancy Childbirth 2014 Oct 14;14:359-2393-14-359.
- (138) Meedya S, Fahy K, Parratt J, Yoxall J. Supporting women to achieve breastfeeding to six months postpartum—The theoretical foundations of a successful program. Women and Birth 2015;28(4):265-271.
- (139) UNICEF. iHAN. Inicativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia. 2016; Available at: <https://www.ihan.es/>. Accessed 7/04/2014, 2014.
- (140) Goyeneche Lasaga L. Alta precoz postparto. Evaluación de las complicaciones maternas y neonatales; repercusión en la ansiedad materna. 2014. [tesis]. [último acceso 23 de abril de 2016]. Disponible en: [https://addi.ehu.es/bitstream/10810/18230/1/TESIS\\_GOYENECHES\\_LASAGA\\_LEIRE.pdf](https://addi.ehu.es/bitstream/10810/18230/1/TESIS_GOYENECHES_LASAGA_LEIRE.pdf)
- (141) Cardona-Ospina A, Ordoñez-Molina J, Vásquez-Trespalcios EM, Mestra-Palomino L, García-Posada RA. Efectos del alta hospitalaria temprana en el periodo posparto en la Clínica del Prado, Medellín, Colombia. Revista Gerencia y Políticas de Salud 2014;13(26):119-122.
- (142) Gamba OAB, Santana AR, Pérez LJ, Munévar RY. Seguimiento de enfermería a la madre y al recién nacido durante el puerperio: traspasando las barreras hospitalarias Nursing monitoring to mother and newborn during the postpartum period: going beyond hospital barriers. Avances en Enfermería 2009;27(2).



**ANEXOS**



## 9. ANEXOS

### ANEXO 1: Protocolo alta matrona en la urgencia de obstetricia

#### 1. OBJETO

Este protocolo tiene por objeto la capacitación, en régimen de delegación, de las/los matronas/os para expedir el alta clínica en la urgencia obstétrica, dentro de un marco de seguridad del proceso clínico y calidad en sus resultados.

#### 2. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Área de urgencias obstétricas del Hospital Universitario de Fuenlabrada.

#### 3. FORMULARIOS

Relación de formularios a utilizar:

- Para la valoración obstétrica se cumplimentará el formulario de **Urgencias Obstetricia**, si la gestante no ingresa por parto en curso se creará el **Informe de Pródromos (Informe de alta)**, a través de la selección de la pestaña aceptar + informe al final de dicho formulario.
- Si la gestante ingresa por parto en curso, se abrirá el formulario de **Gestación Única**, y se completará el de **Evolución Gestación Única** si fuera necesario.
- Si el motivo de consulta es por problemas de lactancia se cumplimentará el formulario de **Urgencias Obstetricia** y se seleccionará la pestaña aceptar + informe para crear el **Informe de Urgencias Lactancia (Informe de alta)**.

#### 4. CUERPO DEL DOCUMENTO

##### A. INTRODUCCIÓN

La OMS define a la matrona como el profesional competente asignado al cuidado del embarazo, parto y puerperio normal, incluyendo entre sus funciones el establecimiento de los distintos riesgos y el reconocimiento de complicaciones. [La definición formal de matrona fue primero adoptada por la CIM (Confederación Internacional de Matronas) en 1972 y por la FIGO (Federación Internacional de



Ginecología y Obstetricia) en 1973 y posteriormente adoptada por la OMS (Organización Mundial de la Salud). Posteriormente la CIM modificó la definición en 1990 y esta modificación fue ratificada por la FIGO en 1991 y por la OMS en 1992].

El marco legal existente acerca de la función de la matrona no limita su práctica a la enfermería obstétrica, sino que amplía el enfoque de ese papel, que a menudo depende de los cambios en las necesidades de las mujeres y su entorno social y de la filosofía de las instituciones que prestan cuidados obstétricos, entre otros. El desarrollo de competencias ya existentes, así como el ejercicio de nuevas áreas de responsabilidad por la matrona/o en la práctica obstétrica se orientan a una atención sanitaria integral de los pacientes, evitando el fraccionamiento y la simple superposición entre los procesos asistenciales atendidos por distintos profesionales, lo que sin duda supone una mejora en la calidad asistencial.

En el servicio de urgencias obstétricas del HUF la matrona realiza el ingreso de las gestantes a término en trabajo de parto y bolsa rota confirmada, no interviniendo en el proceso de alta clínica, acto formal que compete a los médicos ginecólogos. Con este protocolo se pretende procedimentar, identificar y determinar los criterios para el ejercicio delegado de los supuestos en los que la matrona será competente (por delegación) para dar el alta clínica a la gestante prodrómica de bajo riesgo. así como los supuestos en los que formalizará el alta clínica tras la atención por problemas de lactancia.

El ejercicio delegado que se protocoliza en el presente documento tiene amparo jurídico material y formal en los artículos 1, 4.7, 7.2 a), 9.3 y 9.4 de la Ley 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

El contenido técnico y científico (detalle de medios, técnicas, criterios de inclusión y exclusión) ha sido elaborado y evaluado por los profesionales del ente público: médicos especialistas en ginecología y obstetricia, matronas y los/as jefe/a de servicio y supervisor/a del área obstétrica.

El documento ha sido formalmente aprobado por la Comisión de Dirección del ente público Hospital Universitario de Fuenlabrada.

### ***B. RECURSOS HUMANOS***

Equipo multidisciplinar formado por matronas, ginecólogos, enfermeros y auxiliares de enfermería.

### ***C. RECURSOS MATERIALES***

- Ordenador con los programas obstétricos necesarios (Selene, Argus, carpeta de documentos compartidos matronas, rueda obstétrica).
- Impresora.
- Mesa ginecológica de exploración.
- Sonicaid.
- Guantes estériles y no estériles con y sin látex.
- Lubricantes: hidrosoluble, vaselina.
- Espéculos.
- Foco de luz.
- Gasas.
- Compresas.
- Compresas ginecológicas.
- Empapadores.
- Esponjas jabonosas.
- Cardiotocógrafos con registro integrado en Argus y Selene.
- Gel conductor.
- Sillones.
- Tensiómetros.
- Termómetros.
- Ropa: entremetidas, toallas, camisones, batas, zapatillas desechables, bragas desechables, medias de compresión.
- Catéteres venosos.

- Agujas.
- Jeringas.
- Sistemas de fijación: apósitos, esparadrapo.
- Compresores.
- Clorhexidina en solución acuosa al 0,05%.
- Llaves de tres vías.
- Sistemas de sueros.
- Tubos de analítica de sangre.
- Sueros glucosados 5%, 10% de 500 cc.
- Sueros fisiológicos 0,9% de 10, 50 y 100 cc.
- Sueros Ringer lactato de 500 cc.
- Zumos.

#### ***D. IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS PARA EL EJERCICIO DELEGADO DEL ALTA CLÍNICA***

La matrona dará el alta clínica en régimen de delegación, en las siguientes situaciones de demanda en la urgencia obstétrica:

- Gestaciones (con criterios de inclusión):
  - Pródromos de parto
  - Expulsión tapón mucoso
- Problemas en la lactancia materna:
  - Grietas en el pezón
  - Ingurgitación mamaria

#### **PRÓDROMOS DE PARTO Y EXPULSIÓN TAPÓN MUCOSO**

La matrona dará el alta clínica en la urgencia a gestantes, bajo criterios de inclusión, entre las 37 y 41+4 semanas de gestación (por ecografía) cuyo motivo de consulta sea la expulsión del tapón mucoso o pródromos de parto.

Las medidas a seguir:

- Revisión de la historia obstétrica y pruebas complementarias con el fin de identificar el nivel de riesgo y control gestacional. En el caso de gestaciones

controladas en otros centros o de control tardío será necesario disponer de ecografía, analítica con serología completa y coagulación de menos de 3 meses y una consulta obstétrica reciente.

- En gestantes de más de 40+3 semanas, confirmar que tiene solicitada cita de monitor entre la 40+6-41 semanas. En caso contrario solicitar cita urgente a admisión para esas fechas.
- Anamnesis de la gestante acerca de: motivo de consulta, tipo de contracciones [inicio, frecuencia, duración, intensidad (mediante escala numérica del dolor)], rotura de membranas, pérdida hemática (color, cantidad, densidad, hora de inicio, asociación con alguna actividad o evento), percepción de movimientos fetales.
- Cumplimentación de formularios de registro de datos.
- Exploración abdominal, entre dos contracciones, para estimar la altura del fondo uterino, precisar la situación y presentación fetal, estimación clínica del tamaño fetal, auscultación del latido cardíaco fetal, valoración clínica de las contracciones uterinas.
- Exploración vaginal aséptica con espéculo si el motivo de consulta es por sangrado. Se avisará a ginecólogo si existe sangrado activo por compresa empapada o en fondo de saco, fluido o con coágulos. Se diagnosticará como expulsión de tapón mucoso el sangrado no fluido, escaso, espeso de color rosado o marrónáceo o trazas rojas mezclado con moco cervical.
- Exploración vaginal aséptica para precisar: inspección externa de vulva y periné, valoración de las condiciones del cuello uterino (posición, consistencia, borramiento y dilatación cervical), valoración del estado de la bolsa amniótica, estimación de la presentación, grado de descenso de la presentación respecto al plano de Hodge, si es posible, posición y actitud fetal, impresión clínica de la capacidad y configuración pélvica. Se le informará a la gestante sobre la posibilidad de aparición de un manchado limitado, escaso, a causa de la exploración.
- Exploración física general: toma de constantes, coloración conjuntivas, edemas, varices.
- Control biofísico:

- En caso de cumplir criterios del protocolo de atención al parto de bajo riesgo, el control biofísico se realizará acorde al mismo.
- En el resto de las situaciones se realizará registro externo de la FCF y la dinámica uterina durante al menos 20 minutos en decúbito lateral o en posición de Semi-Fowler, buscando la máxima comodidad de la mujer. Los datos a valorar al realizar la evaluación del registro de la monitorización electrónica son:
  - Línea de base de la Frecuencia cardiaca Fetal (FCF) observada durante la pausa intercontráctil, sin otros estímulos añadidos.
  - Variabilidad de la FCF a corto y largo plazo.
  - Ascensos transitorios (más de 15 lat./min respecto a la línea basal).
  - Descensos transitorios.
- Se considerará un registro normal:
  - Frecuencia cardiaca fetal basal entre 110-160 lat./min.
  - Variabilidad a corto plazo entre 5 y 25 lat./min.
  - Variabilidad a largo plazo entre 3 y 5 ciclos/min.
- Presencia dos ascensos de al menos 15 lat./min. y 15 segundos de duración.
- Ausencia de descensos transitorios de la FCF. La presencia de una espica aislada (caída muy brusca de la FCF no relacionada con la contracción, con amplitud variable y muy escasa duración, < 30 segundos) se considera normal. Si aparece más de una, se consultará con el ginecólogo.
- En caso de recurrencia de la gestante prodrómica al servicio de urgencias (al menos tres veces en 24 horas) se avisará al ginecólogo para valoración.
- Información a la gestante lo más amplia posible, resolviendo las posibles dudas que se planteen.
- No se expedirá alta clínica por la matrona y se avisará al ginecólogo ante cualquier condición patológica o que no cumpla con los criterios de inclusión en el protocolo.

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN (en el ámbito de aplicación del protocolo)**

- Gestación a término (37-41+4 SG).
- No presencia de patología materno-fetal durante la gestación contemplada como criterio de exclusión.

- No presencia de patología materna de base contemplada como criterio de exclusión.
- Gestación controlada.
- Presentación cefálica.
- Bolsa íntegra.
- Placenta normo inserta.
- Ausencia de metrorragia.
- Control biofísico fetal normal según criterios expuestos anteriormente.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- **MATERNOS:**
  - Alteración de las constantes vitales ( $T^a$  y TA):  $T^a \geq 37.3^{\circ}\text{C}$  y  $TA \geq 140/90$  ó  $\leq 80/50$ .
  - Patología médica de base: cardiopatía inestable o tratamiento anti arrítmico, anemia severa (Hemoglobina  $< 9.5$  g/dl), insuficiencia renal, insuficiencia hepática, patología vascular (Trombosis venosa profunda o trombofilias en tratamiento con heparina de bajo peso molecular), Hipertensión arterial crónica.
  - Gestación conseguida mediante técnicas de reproducción asistida (Fecundación in vitro...).
  - Diabetes gestacional y pregestacional.
  - Estados hipertensivos del embarazo.
  - Colestasis intrahepática gestacional.
  - Otras patologías graves asociadas a la gestación.
  - Obesidad mórbida (Índice de masa corporal  $> 40$ ) al inicio de la gestación.
  - Antecedente de mal resultado obstétrico (muerte fetal ante o intraparto, encefalopatía fetal, abruptio).
  - Placenta previa o sangrados recurrentes durante el embarazo.
  - Edad materna  $< 18$  años ó mayor de 40.
  - Terapia farmacológica con posible repercusión fetal, drogodependencias y alcoholismo.

- Cicatriz uterina previa y dinámica regular dolorosa.
- Gestación sin controlar o sin disponer de analítica 3<sup>er</sup> Trimestre y serología completa, ecografía y consulta obstétrica reciente.
- Infección materna durante la gestación: VIH, herpes simple, condilomatosis voluminosa que obstruya el canal de parto o suponga un grave riesgo de hemorragia.
- **FETALES:**
  - Crecimiento Intrauterino Retardado.
  - Alteraciones del líquido amniótico (hidramnios/oligoamnios).
  - Isoinmunización con riesgo de enfermedad hemolítica perinatal.
  - Anemia fetal.
  - Gestación múltiple.
  - Sospecha de malformación fetal.
  - Disminución marcada de los movimientos fetales.
  - Sospecha de macrosomía fetal.
  - Monitorización patológica.
- **CONDICIONES PARA EL INGRESO POR PARTO ACTIVO:**
  - Presencia de contracciones regulares y dolorosas (escala numérica del dolor: igual o mayor a 7), 3-4 cc/10 min.
  - En nulíparas cérvix centrado, borrado, 4 cm de dilatación.
  - En gestantes multíparas, al menos un 70% de borramiento del cérvix, alguna modificación del resto de condiciones cervicales hacia la maduración (posición y consistencia) y dilatación de al menos 3 cm.
- **CONDICIONES PARA EL ALTA POR PRÓDROMOS DE PARTO:**
  - No cumplimiento de las condiciones obstétricas anteriormente señaladas.
  - Presencia de contracciones irregulares, aunque se perciban como dolorosas.
  - Registro fetal normal.
  - Cumplimiento de los criterios de inclusión.
  - La gestante que consulte por tercera vez en 24 horas con motivo de pródromos será valorada también por ginecología.

**PROBLEMAS MAMARIOS EN LA FASE PUERPERAL**

La actividad de la matrona en el Servicio de Urgencias Obstétricas también se amplía a la fase puerperal, destacando como elemento de especial importancia en la puérpera el proceso de producción de leche y el establecimiento y mantenimiento de la lactancia materna, pudiendo resolver los problemas característicos de dicho proceso, tanto de manera autónoma, como dentro de un equipo multidisciplinar.

Dentro de las actuaciones independientes de la matrona, ante cualquier paciente que hace uso de la urgencia obstétrica por un problema relacionado con las mamas y/o lactancia materna, se realizará una valoración común a todas las condiciones referentes a la lactancia materna, caracterizada por:

- Registrar motivo de consulta: problema por el que acude a urgencias, descripción de signos y síntomas, momento de aparición y evolución del cuadro.
- Antecedentes obstétricos:
  - Fecha y tipo de parto
  - Complicaciones obstétricas
  - Gestaciones y/o partos previos
- Antecedentes generales:
  - Patologías previas
  - Alergias
  - Hábitos tóxicos
- Antecedentes familiares de interés.
- Toma de constantes vitales, especialmente temperatura.
- Exploración clínica de ambas mamas, por medio de inspección y palpación.

La descripción de las principales alteraciones se muestra a continuación.

**Dolor mamario**

Es una de las quejas más frecuentes de las mujeres con lactancia materna. Se suele relacionar con dificultades como comienzo tardío de la lactancia, disminución de la frecuencia de las tomas, succión deficiente o posición inadecuada.



El dolor puede extenderse en toda una mama, ambas mamas y/o zona de la areola y pezones. Se ha de hacer un diagnóstico diferencial con:

- Problemas de enganche.
- Ingurgitación: en este caso se trata de un dolor sordo, que empeora antes de la toma y mejora después de la misma.
- Problemas de enganche.
- Trauma en la zona de areola y pezón, en el que se origina un dolor al contacto con la zona.
- Mastitis: el dolor es localizado, unilateral y continuo.
- Dolor relacionado con la eyección de leche: el dolor se genera durante aproximadamente el primer minuto de succión hasta que se produce un vaciamiento de los conductos, sobre todo en niños que succionan vigorosamente, hasta que se produce el reflejo de eyección.

Para realizar el diagnóstico correcto:

- Observar la técnica de amamantamiento.
- Valoración clínica.

El tratamiento es fundamentalmente preventivo, pero una vez que ha aparecido el problema, las actividades a realizar incluyen:

- Rotación de las posiciones.
- Aumento de la frecuencia de las tomas (de este modo se previene la ingurgitación y la estasis).
- Evitar agentes agresivos en la piel de las mamas (jabones, alcoholes, etc.), realizando limpieza sólo con agua.
- Secar al aire el pezón tras cada toma, recomendándose aplicar la última parte de la leche en el pezón.
- Extracción manual de la leche en caso de que sea necesario, siendo el objetivo mejorar el agarre en niños con succión demasiado vigorosa, al reducir la ingurgitación periareolar y la alta presión en un pezón con grietas. La técnica se

llevará a cabo de la siguiente forma:

- Masajear de zona distal a proximal la areola, con movimientos circulares en todas las áreas de la mama.
- Con el pulgar y los dos primeros dedos formar una semicircunferencia, sin atenuar el pezón, sino presionar suavemente contra el pecho y posteriormente apretar moderadamente para llevar a cabo la eyección de la leche.

### **Grietas en el pezón**

Se caracteriza por una lesión en la piel del pezón e incluso areola, acompañándose la mayoría de las veces de dolor al tocar la zona, produciéndose fundamentalmente en los primeros días de la lactancia materna.

El diagnóstico se establece realizando valoración clínica, observándose la piel dañada en uno de los pezones y/o areola o en ambos, que puede acompañarse de enrojecimiento, dolor al contacto y restos sanguinolentos.

Entre las actividades a realizar se incluyen:

- Extracción manual de la leche previa a la toma (como se explicó previamente).
- Corrección del enganche del niño al pezón.
- Rotación de posiciones de amamantamiento.
- Inicio de la toma en el pecho menos dolorido, con el pezón afectado expuesto al aire.
- Secado de la zona con aire templado (durante unos 20 minutos 4 veces al día).
- Analgesia unos 30 minutos antes de la toma.
- Aplicación de la última parte de la leche de la toma en areola y pezón para hidratar y nutrir la piel.
- Se puede ofertar la utilización de solución emoliente con lanolina purificada hipoalergénica sin alcohol.

### **Ingurgitación mamaria**

Se caracteriza por la retención de leche, debido a drenado inadecuado de la mama, originándose una distensión mamaria y aumento del líquido extravascular. Aparte del

malestar, puede desembocar en una alteración de la eficacia de las tomas y grietas en el pezón.

La mama ingurgitada impide el agarre adecuado del pezón y la areola, lo que lleva a mayor ingurgitación y finalmente un fracaso en la lactancia materna.

El diagnóstico se establecerá por la valoración clínica y observación de la toma.

El mejor tratamiento es la prevención del cuadro, con los cuidados ya realizados en el puerperio durante la hospitalización, pero si el problema ya está instaurado, las actividades se dirigirán a un alivio de la distensión por medio de:

- Sujetador adecuado.
- Calor en las mamas previo a la toma.
- Aumento de la frecuencia de las tomas: amamantar cada hora/ dos horas es el mecanismo más eficaz para aliviar la ingurgitación.
- Se puede utilizar si es necesario el sacaleches después de terminar de amamantar.
- Oxitocina sólo en casos difíciles justo antes de la toma si la eyección parece estar disminuida.

### **Obstrucción de los conductos galactóforos**

Disminución del calibre del conducto galactóforo, acompañado de dificultad de drenado del lobulillo mamario, con retención localizada de leche. La causa suele ser un vaciamiento inadecuado de la mama (duración incorrecta del vaciamiento, posición, succión, etc.), pudiendo incluso evolucionar a mastitis.

Entre los síntomas destaca la presencia de cordón bien localizado, endurecido y doloroso.

Las pautas de actuación engloban:

- Valoración clínica.
- Trabajo interdisciplinar con evaluación por parte del ginecólogo para descartar proceso infeccioso.

- El tratamiento se dirigirá a:
  - Aplicación de calor local.
  - Aumento de la frecuencia de las tomas.
  - Posición del lactante con la barbilla apuntando a la zona a drenar.
  - Evaluación de conocimientos de lactancia materna por parte de la madre y resolución de dudas.

### **Mastitis**

Proceso infeccioso de la mama caracterizado eritema local, sensibilidad, dolor continuo, calor e induración de la zona afectada, y sintomatología generalizada como fiebre alta (39-40 °C), malestar general, náuseas y vómitos. Se da más frecuentemente en las 2-4 primeras semanas y en aquellos períodos de disminución considerable en la frecuencia de las tomas. Su incidencia es de 2-3% en puérperas, y menos de un 1% en no puérperas.

El diagnóstico fundamentalmente se establece por la exploración clínica y evaluación de constantes vitales, fundamentalmente temperatura.

Pautas específicas de actuación:

- En caso de sospecha del cuadro (fiebre, dolor y rubor mamario) se avisará a Ginecología para valoración.
- Cuidados de lactancia materna, haciendo especial énfasis en que se puede continuar con la amamantación, excepto en la mama afectada si hay presencia de absceso. Se comenzará la toma en el pecho no afecto para facilitar la eyección posterior de leche, y se asegurará el vaciado de la zona que presenta la infección, ayudándose de sacaleches en caso de ser necesario.
- Sujeción adecuada de las mamas con sujetador firme.

## **ANEXO 2: Protocolo de atención a la gestante de bajo riesgo en la consulta de la semana 36 y consulta de monitores**

### **1. OBJETO**

El siguiente protocolo ha sido diseñado con el objetivo de que la matrona del HUF sea la profesional responsable de las consultas de monitores de bajo riesgo en el centro de especialidades “El Arroyo” y monitores de alto riesgo en la consulta de monitores del HUF de todas las mujeres que son subsidiarias de precisar un control cardiotocográfico. Así también será responsable dicha matrona de la visita de la semana 36 que se produce en el centro de especialidades “El Arroyo” y que a partir de Enero de 2014 se realizará en las consultas externas del HUF.

### **2. ÁMBITO DE APLICACIÓN**

Unidad Área Obstétrica del HUF.

### **3. CUERPO DEL DOCUMENTO**

#### ***A. Introducción***

El centro de especialidades “El Arroyo” es el centro encargado de prestar asistencia sanitaria especializada a la población del área de influencia del HUF.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud realizó en octubre de 2007 la “Estrategia de Atención al Parto Normal”, un informe basado en los procesos de cambio de los enfoques tradicionales de asistencia al embarazo, parto y puerperio normales.

En base a este informe, en nuestro hospital se ha elaborado un Protocolo de atención al parto de bajo riesgo, actualmente en proceso de implantación, así como un modelo de plan de parto que permita conocer las demandas de las mujeres de nuestra área.

#### ***B. Objetivos***

- Hacer un seguimiento del embarazo de bajo riesgo de nuestras gestantes.
- Permitir a mujeres, familia y matronas conocerse antes del ingreso en paritorio, ya que las matronas son el personal que, siempre que el proceso no salga de la

normalidad, prestarán su asistencia con autonomía a la mujer durante la evolución de su embarazo parto y puerperio fisiológico, entregando el informe de alta hospitalaria.

- Disminuir las visitas innecesarias al servicio de urgencias (pródromos de parto, expulsión tapón mucoso...) informando y formando a la mujer a término y sus parejas cuales son los signos y síntomas que debe reconocer para acudir al hospital.
- Informar de las distintas formas de asistencia al parto en el hospital, la posibilidad de presentar un plan de parto, donación pública de cordón umbilical y de la importancia y beneficios de la lactancia materna.
- Ampliar las competencias profesionales de las matronas del HUF.

### **POBLACIÓN DIANA**

Gestantes del área de influencia del HUF que controlen su embarazo a través del servicio de obstetricia. Para la consulta de matrona en semana 36, las gestantes atendidas serán de bajo riesgo obstétrico.

### ***C. Recursos Humanos***

Matrona

### ***D. Recursos Materiales***

Ordenador con los programas obstétricos necesarios (Selene, carpeta de documentos compartidos matronas, carpeta común área obstétrica, rueda obstétrica),....

- Impresora.
- Camilla de exploración ginecológica.
- Guantes estériles y no estériles con y sin látex.
- Lubricantes: hidrosoluble, vaselina.
- Espéculos y Torundas con medio para recogida de exudado vagino-rectal.
- Material para toma de citología.
- Foco de luz.
- Gasas.

- Compresas.
- Compresas ginecológicas.
- Tensiómetro.
- Termómetro.
- Báscula.
- Sonicaid y gel conductor.
- Clorhexidina en solución acuosa al 0,05%.
- Dos cardiotocógrafos y cintas de sujeción.
- Papel de celulosa.

### ***E. Procedimiento***

### **FORMULARIOS**

Relación de formularios y macros a utilizar:

- Folleto informativo atención al parto en el hospital y plan de parto.
- Hoja informativa sobre protocolo alta precoz.
- Recomendaciones para la mujer embarazada a las 36 semanas.
- Macro consulta obstetricia (HF\_OBSMAT).

### **ACTIVIDADES A REALIZAR EN CONSULTA DE MONITORES DE BAJO Y ALTO RIESGO**

- Altura uterina, maniobras de Leopold, tonos y movimientos fetales.
- Tensión arterial.
- Monitorización cardiotocográfica.
- Registro datos Selene.
- En consulta de monitores de alto riesgo se procederá a la recogida de muestra para exudado vagino rectal, impresión de la petición y envío de la misma si la paciente está en la semana 36 o más y no lo tuviera recogido.
- Preguntar y recoger en historia el tipo de lactancia que desea dar la mujer. En caso de lactancia materna se entregará calendario de “La liga de la Leche”, para que la mujer pueda acudir a las reuniones a lo largo del embarazo.
- Preparar y orientar a la paciente para la realización de ecografía obstétrica y/o

exploración vaginal si fuese necesario (en consulta de bajo riesgo hay una enfermera pasando consulta con el obstetra).

### **CRITERIOS DE CONSULTA AL GINECÓLOGO**

- Registro Cardiotocográfico que se salga de los patrones normales.
- Tensión arterial elevada > 140/90 mm de Hg.
- Presencia de edemas.
- Sospecha de mal posición durante maniobras de Leopold.

La consulta de matrona se encontrará físicamente al lado de la consulta del ginecólogo/a de tal manera que podrá comentar cualquier duda que pueda surgir y realizar un trabajo en equipo en beneficio de la gestante.

### **ACTIVIDADES A REALIZAR EN CONSULTA DE MATRONA SEMANA 36**

- Control evolutivo del embarazo.
- Altura uterina, tonos y movimientos fetales. Maniobras de Leopold.
- TA. Presencia de edemas.
- Recogida de muestra para exudado vagino-rectal, impresión de la petición y envío de la misma.
- Preguntar y recoger en historia el tipo de alimentación que desea dar la mujer.
- Verificar cita con su matrona del centro de salud en semana 39 y verificar la cita en monitores en la semana 40-41.
- Educación para la salud de mujer y pareja, resolviendo las dudas que puedan plantear.
- Crear nota en Selene siguiendo el patrón de la macro “obsmat”.
- Verificar petición analgesia epidural.



Entregarle los siguientes folletos informativos:

- Entrega hoja recomendaciones mujer embarazada semana 36.
- Entrega folletos asistencia al parto en el Hospital de Fuenlabrada y del Plan de parto (siempre que la embarazada y pareja demanden una asistencia distinta a la que se realiza en nuestro hospital), en caso de no haber sido entregado en Primaria.
- Entrega hoja informativa sobre protocolo alta precoz del Hospital de Fuenlabrada.
- Información y entrega si procede de consentimiento informado de donación pública de sangre de cordón.

**CRITERIOS DE CONSULTA AL GINECÓLOGO**

- Detección de alguna anormalidad o alteración en genitales durante la recogida de muestra para Estreptococo del grupo B.
- Tensión arterial elevada > 140/90 mm de Hg.
- Presencia de edemas.
- Sospecha de mal posición durante maniobras de Leopold.

La consulta de matrona se encontrará físicamente al lado de la consulta del ginecólogo/a de tal manera que podremos comentar cualquier duda que nos pueda surgir y realizar un trabajo en equipo en beneficio de la gestante.

### **ANEXO 3: Protocolo de visita y alta clínica a cargo de la matrona en hospitalización del HUF**

#### **1. OBJETO**

Este protocolo tiene por objeto establecer el marco en el que se va a realizar la delegación de actuación en el alta por la matrona en el parto y puerperio de bajo riesgo, de las mujeres hospitalizadas en el HUF.

#### **2. ÁMBITO DE APLICACIÓN**

Todas aquellas puérperas ingresadas en la hospitalización obstétrica tras un parto y un puerperio de bajo riesgo sin complicaciones.

Documentación utilizada de carácter público en el Área de Cuidados de la Mujer del Hospital Universitario de Fuenlabrada, de acuerdo con el Marco General para la Delegación de Actuaciones del mismo.

- Responsables de la delegación:

- Jefe Servicio.

Perfil del profesional sobre el que se delega:

- Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología (MATRONA), cuyo perfil profesional queda definido en el cuerpo del presente documento.

- Pasos de la delegación:

- Evaluación del profesional: El responsable de la delegación tutelaré las 5 primeras altas de cada matrona.
- Certificación de la Capacitación por parte del Responsable de la Delegación (previa evaluación y envío del Informe correspondiente a la Dirección Gerencia, Autorización por parte de la Dirección Gerencia del Hospital mediante certificado.
- Reconocimiento en la Carrera Profesional: realizado en los términos que se especifican en la aplicación de los modelos de Carrera Profesional.

### 3. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

- Marco general para la delegación de actuaciones en el HUF
- Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). BOE 28 de mayo de 2009.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE 22 noviembre 2003.
- Orden de 6 de septiembre de 1984 por la que se regula la obligatoriedad del informe de alta.
- Protocolo Arquitectura documental. Elaboración y gestión de la documentación.

### 4. CUERPO DEL DOCUMENTO

#### A. Introducción

El protocolo ha sido diseñado para poder desarrollar la siguiente actuación delegada: “ELABORACIÓN DEL INFORME DE ALTA TRAS PARTO Y PUERPERIO DE BAJO RIESGO POR LA MATRONA EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN OBSTÉTRICA”.

Es una herramienta básica para guiar la práctica asistencial de las matronas en la planta de hospitalización (puerperio). En el se establece la población diana con los criterios de inclusión y exclusión, criterios clínicos para su aplicación, documentos de trabajo necesarios para el seguimiento y alta de las puérperas correspondientes (macros pase de visita matrona), además se incluye una guía de consulta sobre el puerperio fisiológico VS patológico (disponible en común obstetricia).

Se elaboró por un equipo de trabajo multidisciplinar en el que han participado médicos obstetras, matronas y enfermeras del Hospital Universitario de Fuenlabrada.

Este documento forma parte del proyecto “Elaboración e implementación del protocolo de gestación, parto y puerperio de bajo riesgo en el Hospital de Fuenlabrada” (Estrategias del Sistema Nacional de Salud en el año 2009. R.D. 924/2009 de 29 de mayo. BOE 16/06/2009), proyecto aprobado por el Ministerio de Sanidad, en

el cual se plantea como uno de sus objetivos, diseñar las bases y requerimientos para desarrollar las competencias profesionales de la matrona en el puerperio normal o fisiológico.

El informe de alta, de conformidad con cuanto establece el artículo 20 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica, reguladora de la autonomía del paciente y de derecho y obligaciones en materia de información y documentación clínica, se configura como un documento que ha de entregarse al paciente, o a sus familiares o personas vinculadas a él, en su caso, una vez concluya el proceso asistencial.

La citada Ley, en lo relacionado con los contenidos mínimos del “informe de alta”, remite a lo establecido en su artículo 3, siendo que, en tanto reglamentariamente las administraciones sanitarias autonómicas, no desarrollen sus características, requisitos y condiciones, habrá de estarse a lo dispuesto en la Orden del Ministerio de Sanidad de 6 de septiembre de 1984 (disposición transitoria única Ley 41/2002).

La literalidad de lo expresado en la Ley 41/2002 no asimila, necesariamente “informe de alta” con “informe de alta médica”, siendo que de éste último, de acuerdo con el artículo 20, sólo sería extrapolable al primero, lo relativo a contenidos mínimos estos es: “(sic) que especifique los datos del paciente, resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas”. Como se observa, entre los contenidos mínimos, no se incluye el requisito de “ser emitido por el médico”, requisito éste que es conceptual, de definición, y que en el citado artículo 3 tiene sentido pues regula el “informe de alta médica”, pero que no se exige en la definición que, de “informe de alta”, ofrece el ya citado artículo 20.

Hasta aquí, nada obstaría a la compatibilidad de dos tipos documentales, el “informe de alta médica” (emitido por el médico responsable, con el contenido mínimo a que alude el reiterado artículo 3), y el “informe de alta”, cuya emisión no tiene que corresponder, necesariamente a un médico aunque eso sí, sea la más frecuente, sino al profesional que, en función de la patología atendida, sea competente para poder

“diagnosticar y hacer recomendaciones terapéuticas”, competencia que, es obvio que en partos sin complicaciones obstétrico ginecológicas, de conformidad con cuanto establece el apartado 3 del Anexo de la Orden SAS 1349/2009 de 6 de mayo por el que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de enfermería Obstétrico Ginecológica, corresponde a las/los matronas/os (competencia y capacitación para prestar atención al binomio madre-hijo en diagnóstico, control y asistencia durante el parto), siendo tales profesionales los que podrían emitir el correspondiente “informe de alta” en los citados casos.

Esta interpretación además, sería coherente con la realidad de las instituciones sanitarias, ya que en la práctica, las dimensiones y disparidad de formaciones que configuran los equipos asistenciales, hacen prácticamente inviable la existencia de la figura del médico responsable que, si nos atenemos al literal de la ley, sería el único competente para emitir “el informe de alta médica”.

Razonado lo anterior, bien es cierto que la norma (Ley 41/2002 de 14 de noviembre) incluye una perversión derivada de la remisión que con carácter transitorio hace a la Orden Ministerial de 1984 (Disposición Transitoria de la Ley 41/2002), ya que tal Orden, no incluye, en la denominación del informe de alta que nos ocupa el adjetivo de “médica”, sino que únicamente cita en su articulado “el informe de alta” y si bien es cierto que, a diferencia de la Ley 41/2002 no exige expresamente que deba ser emitido por el médico responsable, si dice que su rúbrica debe figurar, como también exige que se entregue por indicación de éste, con lo que de facto, nada cambiaría la situación actual.

Es éste factor limitante el que aconseja que, en tanto se progrese en el desarrollo de la Ley 41/2002, se opte, en el marco que permite la ley 44/2003 de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias, por un régimen de delegación que, en el caso que nos ocupa, afectaría a una única actuación: elaboración y entrega del informe de alta a la parturienta.

El protocolo que regulará las relaciones interprofesionales y trabajo en equipo entre Matronas/os y Ginecólogas/os, deberá partir de la cooperación multidisciplinar y se concretará en el documento que la actuación delegada es “la elaboración del informe de alta” de las paciente que hayan parido en el Ente Público. Igualmente determinará las condiciones conforme a las cuales operará la delegación (si el embarazo ha sido seguido por matrona, tipo de parto, qué complicaciones en el evolutivo de la madre impiden aplicar el régimen de delegación...).

### **PUERPERIO: DEFINICIÓN**

La definición clásica de puerperio incluye el período transcurrido desde la finalización del parto hasta cuarenta días después del mismo. El puerperio es un proceso fisiológico que comprende desde el final del parto hasta la aparición de la primera menstruación.

En la etapa de puerperio se producen grandes cambios fisiológicos y psicológicos en la mujer. Físicamente, la mujer tras el parto vuelve gradualmente al estado no grávido, y se prepara para establecer la lactancia materna. Psicológicamente, se desarrollan conductas para la adaptación a los cambios mencionados y a la creación de los lazos afectivos con el neonato.

Su duración aproximada es de 40 días (6 semanas), que se dividen según SEGO en:

**Puerperio inmediato:** comprende las primeras 24 horas.

**Puerperio clínico:** es el período que va desde el final del puerperio inmediato hasta que la mujer es dada de alta del medio hospitalario. La duración aproximada es de 2 a 4 días habitualmente.

**Puerperio tardío:** su final coincide con la aparición de la primera menstruación.

En la práctica clínica, el periodo de puerperio se divide en:

**Puerperio inmediato precoz:** comprende las primeras 2 horas tras el alumbramiento.

**Puerperio inmediato tardío:** abarca el periodo tras las dos horas hasta la alta clínica, habitualmente a las 48 horas posparto.

En nuestra práctica clínica habitual, definimos **PUERPERIO DE BAJO RIESGO COMO:** todo aquel puerperio procedente de parto eutócico cuyas manifestaciones clínicas no se desvían de la normalidad durante la estancia hospitalaria (1 a 2 días).

**Parto eutócico:** Proceso fisiológico que pone final a la gestación haciendo que un feto (a término) en presentación de vértice y sus anejos abandonen el útero y salgan al exterior.

Tabla 1: Signos y síntomas del puerperio de bajo riesgo

TEMPERATURA	Paciente apirética
TA	Cifras de TA durante el puerperio clínico inferiores a 140/90 mmHg
AUSENCIA DE SÍNTOMAS DE ANEMIA	Hb posparto >9gr/dl No palidez de mucosas
MAMAS	Tipo de lactancia Ausencia de signos inflamatorios
INVOLUCIÓN UTERINA	Fondo uterino al alta dos traveses por debajo del ombligo
LOQUIOS	Cantidad menor que menstruación Olor peculiar pero NO fétido
PERINÉ Y CANAL BLANDO	Tacto vaginal negativo al alta Ausencia de hematomas y cuerpos extraños Ausencia de hemorroides trombosadas
DOLOR	No cefalea Buen control con analgesia de I nivel
MMII	No puntos dolorosos ni entumecimiento No palidez, no frialdad Deambulación correcta
APARATO RESPIRATORIO	Frecuencia respiratoria en valores normales No disnea, tos, cianosis o hemoptisis
TRÁNSITO INTESTINAL	Existencia ruidos intestinales No preciso evacuación las 48 h posparto
ELIMINACIÓN VESICAL	Diuresis espontánea en 6-8 h posparto Ausencia globo vesical
ESTADO EMOCIONAL	Buen estado general Vigilar signos/síntomas de tristeza puerperal
ISOINMUNIZACIÓN RH	Inmunoprofilaxis anti-D dentro de las 24-48 h posparto SI PRECISA

VACUNACIÓN RUBEOLA    Recomendar vacunación en CS si negativa

**SÍNTOMAS HABITUALES DE APARICIÓN EN EL PUERPERIO SIN CLARO SIGNIFICADO PATOLÓGICO**

- |                       |    |                     |
|-----------------------|----|---------------------|
| • Molestias mamarias  |    | • Fatiga            |
| • Molestias vaginales |    | • Anorexia          |
| • Disfunción sexual   |    | • Acné              |
| • Hemorroides         | no | • Sofocos           |
| • trombosadas         |    | • Vértigos          |
| • Estreñimiento       |    | • Alopecia          |
| • Aumento sudoración  |    | • Edemas maleolares |
| • Dolor de espalda    |    |                     |

**Tabla 2:** Signos y síntomas excluyentes del puerperio normal

- $T_a > 38^\circ\text{C}$
- TA superior a 140/90
- Sangrado activo
- Anemia  $< 9 \text{ grHb}$
- Enfermedad médica grave (resp., cardiovascular,...) o derivada de la gestación (mal resultado obstétrico,...)
- Complicaciones del canal blando del parto (hematomas, desgarros III/IV grado,...)
- Requerimientos quirúrgicos
- Complicaciones derivadas de la técnica anestésica aplicada (si procede)

**B. Objetivos**

Emitir el informe clínico de alta en mujeres ingresadas en la hospitalización obstétrica que hayan tenido un parto y puerperio de bajo riesgo.

**C. Población Diana**

Puérperas atendidas en el Hospital Universitario de Fuenlabrada, procedentes de partos vaginales cuyo puerperio clínico se haya desarrollado dentro de los límites fisiológicos o de normalidad y no cumpla ningún criterio de exclusión establecido en este protocolo (Tablas 2 y 4).



**Tabla 3:** Criterios de inclusión para realizar el alta por matronas

<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN AL ALTA MATRONAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puérperas procedentes de parto eutócico.</li> <li>• Puérperas procedentes de partos con gestación única.</li> <li>• Puérperas procedentes de partos con gestación a término.</li> <li>• Puérperas procedentes de partos eutócicos que no presenten Crecimiento intrauterino retardado, oligohidramnios y/o polihidramnios.</li> <li>• Puérperas sin antecedentes de muerte fetal anteparto y/o intraparto.</li> <li>• Puérperas con recién nacidos que no presentan malformaciones mayores- menores y/o malos resultados obstétricos (ph arteria umbilical menor 7,10).</li> <li>• Puérperas procedentes de gestaciones sin patología obstétrica (Enfermedad hipertensiva del embarazo, Diabetes insulinizada, isoimmunización, Síndrome HELLP, Colestasis, alteraciones dermatológicas graves del embarazo, (...).</li> <li>• Puérperas procedentes de gestaciones sin patología medica grave (serología HIV+, serología Hepatitis B+ activa o no controlada, serología Hepatitis C+ activa o no controlada, serología sífilis + sin tratamiento, Herpes genital, HTA crónica, Diabetes pregestacional, patología tumoral, patología cardiaca y respiratoria, epilepsia, esquizofrenia, trastornos personalidad (...), enfermedad renal,...</li> <li>• Puérperas que no presentan miomas ni patología ginecológica que precisen seguimiento y/o tratamiento (SIL alto grado, tumoraciones, miomas de gran tamaño (...).</li> <li>• Puérperas sin hábitos tóxicos (abuso de alcohol, abuso de drogas, problemas sociales, marginalidad, violencia doméstica,...).</li> <li>• Puérperas mayores de 18 años.</li> <li>• Puérperas procedentes de gestaciones controladas.</li> <li>• Puérperas que no desarrollen complicaciones durante el puerperio:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ No fiebre intraparto (Tª materna igual o superior a 38 °C), con signos de sospecha de corioamnionitis y/o tratamiento antibiótico.</li> <li>○ No fiebre posparto: Tª materna igual o superior a 38 °C últimas 24 horas antes del alta.</li> </ul> </li> <li>• Puérperas que presentan tensión arterial (TA) durante el puerperio clínico inferior a 140/90 mmHg.</li> <li>• Puérperas que no hayan desarrollado signos y síntomas, durante el puerperio clínico, de anemia o presenten hemoglobina materna por debajo de 9gr/dl, durante el puerperio.</li> </ul>

- Puérperas que no hayan desarrollado signos y síntomas, durante el puerperio clínico, de hemorragia posparto primaria (HPP) que requieran legrado puerperal y/o histerectomía obstétrica.
- Puérperas que no precisen extracción manual de placenta con y/o sin profilaxis antibiótica.
- Puérperas que no presenten retención de restos y/o coágulos que precisen legrado puerperal con o sin profilaxis antibiótica.
- Puérperas que no presenten complicaciones del canal blando del parto (hematomas vulvovaginales, hematomas pelviabdominales, desgarros de Tercer grado y Cuarto grado).
- Puérperas sin complicaciones en la analgesia-anestesia obstétrica.
- Puérperas que no hayan desarrollado o presenten signos y síntomas, durante el puerperio clínico, de Coagulación intravascular diseminada (CID), embolia LA, Trombosis venosa superficial o profunda, mastitis puerperal, Síndrome de Sheehan, crisis tirotóxica, patología psiquiátrica puerperal (...).

**Tabla 4:** Criterios de exclusión para realizar el alta por matronas

#### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN AL ALTA MATRONAS

- Puérperas procedentes con parto distócico vía abdominal (cesárea) y parto distócico vía vaginal (fórceps y/o ventosa), independientemente del motivo de su indicación.
- Puérperas procedentes de partos con gestación múltiple.
- Puérperas procedentes de partos con gestación pretérmino (menos de 37 semana).
- Puérperas procedentes de partos eutócicos que presenten CIR, oligohidramnios y/o polihidramnios.
- Puérperas con muerte fetal anteparto y/o intraparto.
- Puérperas con recién nacidos que presentan malformaciones mayores- menores y/o malos resultados obstétricos (ph arteria umbilical menor 7,10).
- Puérperas procedentes de gestaciones con patología obstétrica (Enfermedad Hipertensiva del embarazo, diabetes insulinizada, isoimmunización, Síndrome HELLP, Colestasis, alteraciones dermatológicas graves del embarazo, (...).

- Puérperas procedentes de gestaciones con patología médica grave (serología HIV+, serología Hepatitis B+ activa o no controlada, serología Hepatitis C+ activa o no controlada, serología sífilis + sin tratamiento, Herpes genital, HTA crónica, DM pregestacional, patología tumoral, patología cardíaca y respiratoria, epilepsia, esquizofrenia, trastornos personalidad (...), enfermedad renal,...).
- Puérperas que presentan miomas patología ginecológica que precisen seguimiento y/o tratamiento (SIL alto grado, tumoraciones, miomas de gran tamaño (...)).
- Puérperas con hábitos tóxicos (abuso de alcohol, abuso de drogas, problemas sociales, marginalidad, violencia doméstica,...).
- Puérperas adolescentes, considerando adolescentes a menores de 18 años, independientemente de la disponibilidad de apoyos o recursos.
- Puérperas procedentes de gestaciones no controladas y/o control escaso de la gestación, y/o gestaciones controladas en otros Centros diferentes al Hospital Universitario de Fuenlabrada, en la que no aportan informes del correcto control gestacional.
- Puérperas que desarrollen complicaciones durante el puerperio:
  - Fiebre intraparto ( $T^a$  materna igual o superior a  $38^{\circ}\text{C}$ ), con signos de sospecha de corioamnionitis y/o tratamiento antibiótico.
  - Fiebre posparto:  $T^a$  materna igual o superior a  $38^{\circ}\text{C}$  últimas 24 horas antes del alta.
- Puérperas que presentan tensión arterial (TA) durante el puerperio clínico, superior a 140/90 mmHg o elevación de 30 mmHg en TA asistólica y/o un aumento de la TA diastólica de 15 mmHg.
- Puérperas que hayan desarrollado o presenten signos y síntomas, durante el puerperio clínico, de anemia o presenten hemoglobina materna por debajo de 9gr/dl, durante el puerperio.
- Puérperas que hayan desarrollado o presenten signos y síntomas, durante el puerperio clínico, de hemorragia posparto primaria (HPP) que requieran legrado puerperal y/o histerectomía obstétrica.
- Puérperas que precisen extracción manual de placenta con y/o sin profilaxis antibiótica.
- Puérperas que presenten retención de restos y/o coágulos que precisen legrado puerperal con o sin profilaxis antibiótica.
- Puérperas que presenten complicaciones del canal blando del parto (hematomas vulvovaginales, hematomas pelviabdominales, desgarros de Tercer grado y Cuarto grado.).

- Puérperas que presenten complicaciones en la analgesia-anestesia obstétrica.
- Puérperas que hayan desarrollado o presenten signos y síntomas, durante el puerperio clínico, de Coagulación intravascular diseminada (CID), embolia de líquido amniótico, Trombosis venosa superficial o profunda, mastitis puerperal, Síndrome de Sheehan, crisis tirotóxica, patología psiquiátrica puerperal (...).

#### **D. Recursos Humanos**

Equipo multidisciplinar formado por matronas, ginecólogos, enfermeros y auxiliares de enfermería.

#### **E. Procedimiento**

#### **FORMULARIOS**

Relación de formularios y macros a utilizar:

- Gestación Única
- Macro pase de visita días 0 y 1
- Macro pase de visita día alta
- Informe de alta
- Formulario de Puerperio-Alta precoz

#### **IDENTIFICACIÓN DE PUÉRPERAS: MATRONA PARITORIO**

Para poder realizar un adecuado seguimiento y control de las puérperas que inicialmente cumplen los criterios de puerperio normal en la hospitalización, la matrona responsable de realizar el puerperio inmediato precoz (2 horas posteriores al parto), en la unidad de paritorio, deberá realizar las siguientes actividades:

1. Identificar si la puérpera es susceptible de poder ser dada de alta por matrona.
4. En caso afirmativo: cambiar el proceso, renombrándolo como: parto eutócico (PE) hora y día del parto.

5. Añadir, si procede, algún dato de interés al nuevo proceso (PE), como por ejemplo: Grupo materno Rh negativo.
6. Crear una nota de matrona, en la cual conste que el seguimiento y alta inicialmente pueden ser realizado por matrona, si evoluciona con normalidad.

### **PASE DE VISITA MATRONA**

La estandarización del pase de vista matrona, tiene por objeto, disminuir la variabilidad en práctica clínica y con ello, mejora la calidad asistencial del proceso, así como facilita la incorporación de nuevos profesionales a la planta de hospitalización (puerperio) del Hospital Universitario de Fuenlabrada.

Forma parte del procedimiento del alta. Su realización es igual a la del alta, pero sin emitir el informe.

### **ALTA MATRONA HOSPITALIZACIÓN**

1. Fijar la relación de pacientes que cumplen criterios de alta por matrona con el ginecólogo.
7. Realizar formulario de “Puerperio-Alta precoz” en las mujeres candidatas.
8. Imprimir hojas del pase de visita.
9. Identificar a través de la nota de matrona y el formulario “Puerperio-Alta precoz” las puérperas susceptibles de alta matrona (puérperas que cumplen condiciones clínicas para el alta y no presentan criterios de exclusión). (Tablas 1 y 3).
10. Revisar Historia Clínica: Historia obstétrica, analíticas, formulario de expulsivo-alumbramiento, formulario puerperio, gráfica, y anotaciones.
11. Verificar la prescripción analgésica y comprobar si precisa algún otro tratamiento médico (vacuna rubeola).
12. En caso de precisar tto. médico adicional a la analgesia, comprobar su administración.
13. Visitar a las puérperas correspondientes, realizar entrevista, observaciones y exploraciones indicadas según macro pase de visita matrona.

14. Comprobar si la técnica de alimentación del recién nacido (RN) es correcta.
15. Si se detectan desviaciones de la normalidad, avisar y derivar al equipo médico.
16. Realizar las anotaciones del pase de visita matrona en la historia clínica, utilizando macro pase visita día alta (Anexo 1).
17. Revisar y completar formulario de gestación única.
18. Generar alta matrona a través de formulario de gestación única.
19. Imprimir y revisar informe de alta matrona.
20. Entregar en mano, a la puérpera, informe de alta matrona.
21. Comprobar que comprende las recomendaciones y cuidados al alta (Informe de Alta Enfermería).
22. Solicitar al ginecólogo de planta la anulación de la prescripción analgésica para alta.
23. Solicitar alta obstetricia en peticiones de admisión.

## 5. ANEXOS PROTOCOLO

### Anexo 1. MACRO PASE VISITA DÍA ALTA

- Día X posparto.
- Puérpera con PE del XX/XX/XXXX a las X horas.
- Grupo sanguíneo:
- Buen estado general y anímico.
- Tolerancia oral positiva y deambulación.
- Micción espontánea y defecación positiva.
- Útero bien involucionado y sangrado vaginal fisiológico.
- Estado del periné.
- Dolor bien controlado con analgesia pautada.
- Lactancia materna instaurada y vínculo bien establecido.
- Estado de las mamas.
- Evolución puerperal correcta.
- Tacto vaginal normal.
- Se entregan informe de alta y recomendaciones.

Anexo 2. MACRO INFORME DE ALTA MATRONA**INFORME DE ALTA**

Datos Administrativos

Nº de Historia Clínica:

1<sup>er</sup> Apellido:

2<sup>o</sup> Apellido:

Nombre:

Edad:

DNI:

Servicio/Unidad:

Fecha de ingreso:

Fecha de Alta:

**MOTIVO DE INGRESO**

- Edad Gestacional:
- Parto en curso o bolsa rota:

**ANAMNESIS**

- Antecedentes familiares:
- Antecedentes personales:
- Hábitos tóxicos:
- Grupo sanguíneo:
- Antecedentes gineco-obstétricos:
- T/P/A/V:

**DATOS DE LA GESTACIÓN**

- Lugar donde se controla la gestación:
- Portadora de Estreptococo grupo B:
- Serologías:

**DATOS DEL PARTO**

- Periodo de dilatación:
- Tipo de monitorización:

- |                            |                                 |
|----------------------------|---------------------------------|
| - Amniorrexis:             | Color liquido Amniótico:        |
|                            | Cantidad del Liquido Amniótico: |
| - Antibióticos intraparto: | Oxitocina:                      |
| - Fecha y Hora del parto:  | Tipo del Parto:                 |
| - Tipo de alumbramiento:   | Tipo de anestesia:              |
|                            | Episiotomía:                    |
|                            | Desgarro:                       |

**DATOS DEL RECIÉN NACIDO**

- |        |       |       |        |     |
|--------|-------|-------|--------|-----|
| - R.N: | Sexo: | Peso: | Apgar: | PH: |
|--------|-------|-------|--------|-----|

**DATOS DEL PUERPERIO**

- Involución uterina:
  - Sangrado:
  - Micción:
  - Estado del Periné:
  - Estado anímico y psicológico:
- |             |
|-------------|
| Deposición: |
|-------------|



- Tipo de Lactancia:
- Estado de las mamas y pezones:
- Tacto vaginal normal.
- Precisa vacuna rubéola:
- Precisa profilaxis ANTI D:

**DIAGNOSTICO:** Parto Eutócico.

**TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES**

- Continuará con la analgesia prescrita tras el parto si precisa. En caso de duda, consulte con su médico.
- Se recomienda Ferroterapia durante la lactancia materna o un mes en caso de lactancia artificial
- Control por matrona de su centro en 7-10 días.
- Acudirá a urgencias si fiebre mayor a 38 °C, TA 140/90, incremento del sangrado, sangrado maloliente, dolor intenso de mamas o alteraciones mamarias, inflamación o dolor en periné.

## ANEXO 4: Alta Precoz HUF

### 1. OBJETO DEL DOCUMENTO

Este procedimiento tiene como objetivo normalizar el protocolo de alta precoz en puérperas y recién nacidos tras parto sin complicaciones.

### 2. AMBITO DE APLICACIÓN

Puérperas y recién nacidos ingresadas en el Hospital Universitario de Fuenlabrada tras parto sin complicaciones.

### 3. DOCUMENTACION DE REFERENCIA

Protocolo de alta clínica a cargo de la matrona en el Servicio de Hospitalización Obstétrica.

UAO-PT-001-00

Protocolo de alta precoz de recién nacido

Protocolo de riesgo infeccioso de recién nacido

### 4. DEFINICIONES ESPECÍFICAS

Alta precoz: Alta hospitalaria de madre-recién nacido antes de las 48h del parto.

HF OBSPUE: Agenda de la consulta diseñada para revisión ambulatoria conjunta de madre-hijo tras el alta precoz.

“obspuer” Macro diseñado para la Complimentación de nota clínica en Selene cuando la paciente asiste a consulta de puérperas

“pedrnpz” Macro utilizado para la revisión del rn en consulta.

### 5. PROCEDIMIENTO DE ALTA PRECOZ EN PUÉRPERAS TRAS PARTO SIN COMPLICACIONES

#### 5.1. Introducción:

El procedimiento de parto de bajo riesgo instaurado en la actualidad en nuestro hospital contempla la duración del ingreso estándar de madre-recién nacido tras parto vaginal no complicado de al menos 48h. Gran parte de las complicaciones

postparto ocurren en las primeras horas tras el parto. La mayoría de los cuidados (exploración física de la madre y del neonato, el apoyo a la lactancia y el apoyo psicológico) que impartimos a ambos a partir de las 24h postparto pueden realizarse con seguridad de manera ambulatoria, especialmente en nuestro área de influencia, con fácil acceso a nuestro hospital, realizándose un nuevo control a las 48-72h vida.

## 5.2. Propósito del Procedimiento

- Alta de las púerperas y recién nacidos de bajo riesgo (parto vaginal sin complicaciones añadidas) a las 24h del parto. Será responsabilidad del ginecólogo y pediatra adscritos al pase de planta decidir si la paciente y neonato cumple criterios de inclusión. Se incluirán pacientes ingresadas que cumplan esas 24h antes de las 20h. y que cumplan los criterios de inclusión durante el pase de visita de la mañana. Si las 24h se cumplen por la tarde, el alta por parte de los ginecólogos quedará propuesta y preparada ( informe y cita en consulta generada) pero quedará supeditada a la valoración del neonatólogo de guardia que reexplorará a ese recién nacido a lo largo de la tarde. En caso de que el neonatólogo rechace el alta, esa cita en consulta deberá anularse por parte del equipo de guardia de ginecología.
- Al alta se facilitará junto al informe de alta (Informe de alta precoz) e información de interés adjunta sobre el puerperio, **la cita para seguimiento materno y neonatal** en Consulta de Alta Precoz (HF-OBSPUE) situada en la 3ª planta, entre hospitalización 3C y 3D (ext. telefónica 6602) La consulta estará operativa L-X-J-V horario 12-14:00h. ¡Importante!: La citación del madre y recién nacido. debe realizarse para ser visto al menos 48h tras parto (las pruebas metabólicas nunca deben extraerse antes, ej. Parto Lunes 19h se tiene que citar jueves, los partos del Miércoles tarde, deben citarse Viernes mañana y también el Lunes, ya que no se podrá hacer la extracción hasta ese día). Para garantizar un seguimiento adecuado, los partos del miércoles y sábado tarde requieren dar una cita doble, la primera para evaluar el estado de madre y rn y la segunda para realizar la extracción de las pruebas metabólicas en el momento adecuado.

Día del parto	Día citación en consulta
<b>Lunes</b>	<b>Jueves</b>
<b>Martes</b>	Parto hasta las 13'30h <b>Jueves</b>  Partos > 13'30h <b>Viernes</b>
<b>Miércoles</b>	Partos hasta las 13'30h <b>Viernes</b>  Partos >13'30 <b>Viernes y Lunes</b>
<b>Jueves</b>	<b>Lunes</b>
<b>Viernes</b>	<b>Lunes</b>
<b>Sábado</b>	Partos hasta las 13'30h <b>Lunes</b>  Partos>13'30 <b>Lunes y Miércoles</b>
<b>Domingo</b>	<b>Miércoles</b>

Revisión de madre-hijo a las 48-72h de vida. La valoración de la evolución puerperal materna será realizada por una matrona y la exploración del recién nacido será realizada por neonatólogo. La matrona, cumplimentará nota clínica en Selene con los datos de la revisión. Para tal fin, se ha diseñado un macro en Selene "osbpuer". En caso de duda, la matrona consultará con ginecólogo adscrito al pase de planta, que supervisará el caso. La enfermera del área del niño, asumirá la valoración del recién nacido así como la extracción de pruebas metabólicas. La enfermera de Pediatría cumplimentará los siguientes formularios: Gráfica de Recién Nacido, Pruebas metabólicas y Vacunas.

### 5.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN PARA ALTA PRECOZ (deben cumplirse en madre e hijo)

#### 5.3.1. MATERNOS

- Gestación a término >37+6s sin patología gestacional o derivada del parto, que requiera supervisión puerperal (ej.: EHE, DG insulinizada, hemorragia puerperal, etc.)
- Parto vaginal espontáneo o con ventosa para alivio de expulsivo, espontáneo o inducido, con/sin episiotomía. Quedan excluidos los desgarros de III y IV grado, los fórceps, espátulas y ventosas por otra

indicación como RPBF. Quedan excluidas por razones obvias, aquellas madres cuyo recién nacido esté bajo observación pediátrica o ingresado en Neonatos.

- Puerperio inmediato con evolución favorable: temperatura  $<38^{\circ}$ , TA $<140/90$ , pérdida sanguínea  $<500\text{ml}$  y adecuada involución uterina.
- Evolución puerperal adecuada, en las primeras 24h:
- BEG, constantes normales,
- Periné y mamas en buen estado,
- Sangrado fisiológico.
- Micción normal y tolerancia positiva alimentos.
- Involución uterina adecuada.
- Pérdida hemática normal y si se realiza hemograma, con Hb $>9\text{gr/dl}$ .
- Anti D puesta si procede.
- Adecuado control analgésico.
- Entorno familiar y social favorable.
- Aceptación por parte de la madre y familia.

### 5.3.2. NEONATALES

- Al menos 24h de vida
- 38-42 semanas gestación
- Peso adecuado a la edad gestacional
- Ph de cordón  $\geq 7.15$  y APGAR  $\geq 7$  a los 5 minutos
- No riesgo infeccioso (fiebre materna intraparto, Estreptococo grupo B positivo con profilaxis antibiótica incompleta o no realizada, EGB desconocido, Rn anterior con sepsis por EGB, infección orina por EGB durante el embarazo; sospecha de corioamnionitis; bolsa rota  $> 18$  horas)
- No isoimmunización
- Adaptación a vida extrauterina adecuada

- Exploración física neonatal normal que no precisa observación adicional o tratamiento. NO ICTERICIA.
- Correcta emisión de orina y meconio
- Lactancia materna establecida en al menos 2 tomas adecuadas y supervisadas. En caso de lactancia artificial no se requiere este criterio.
- Constantes normales en las últimas 12h antes del alta.

#### **5.4. VISITA EN CONSULTA HF\_OBSPUE**

##### **5.4.1 REVISIÓN MADRE.**

Será realizada por una matrona. La matrona tendrá como objetivo reevaluar el estado materno desde el alta hospitalaria y solventar las dudas de la paciente. Durante la visita realizará

- Entrevista dirigida
- Toma de constantes (TA y Tª)
- Revisión de altura uterina, sangrado puerperal
- Revisión de estado de episiotomía o desgarros perineal
- Apoyo a la lactancia, revisión de mamas.
- Revisión estado anímico paciente.
- Nota resumen en Selene (macro “obspuer”). Esta nota se imprimirá y se entregará a la paciente.

Tras dicha revisión si todo OK, la paciente será remitida a su Centro de Salud para controles posteriores como en el caso del alta de parto actual.

En caso de que encontrase algún hallazgo anormal, tuviese dudas sobre la evolución del puerperio, consultará con el ginecólogo adscrito al pase de planta que decidirá la conducta más conveniente a seguir. Se considerará anormal cualquier hallazgo no contemplado en tabla adjunta en Anexo 2.

#### 5.4.2 REVISION DEL NEONATO.

Será realizada por neonatólogo con el apoyo de personal de enfermería pediátrica. Se realizará la extracción de las pruebas metabólicas con carácter obligado a partir de las 48 horas de vida y se comprobará que se le ha puesto la vacuna anti hepatitis B y que tiene cita para la realización del cribado auditivo.

En caso de que la madre no acuda a la consulta con el niño, se contactará con la familia telefónicamente y/o por carta, además se pondrá en conocimiento de la enfermera y pediatra asignados en Atención Primaria.

Anamnesis dirigida: eliminación de diuresis y meconio; alimentación: frecuencia de las tomas, duración, problemas con la lactancia.

Exploración física completa del RN  
Peso, Temperatura

Exploración por aparatos: estado general, piel, fuerza y tono musculares, auscultación cardíaca, pulsos periféricos,; auscultación pulmonar, abdomen; musculoesquelético, en especial caderas y clavículas; etc.

Realización de pruebas metabólicas

Exploraciones o Pruebas complementarias adicionales que precise (bilirrubina transcutánea, TA, EKG, etc.)

### 6. Anexos protocolo Alta Precoz

ANEXO 1 (Alta precoz): RECURSOS MATERIALES NECESARIOS PARA LA CONSULTA HF\_OBSPUE

- Bancada de 4 puestos mínimo para espera

#### SALA-CEX OBSTETRICIA

- Ordenador con los programas obstétricos necesarios (Selene, Argus, carpeta de documentos compartidos matronas, rueda obstétrica).
- Impresora.
- Teléfono
- Mesa exploración ginecológica

- Taburete
- Cortina separadora
- Percha 2 ganchos
- Guantes estériles y no estériles con y sin látex.
- Lubricantes: hidrosoluble, vaselina.
- Espéculos.
- Foco de luz.
- Gasas.
- Compresas.
- Compresas ginecológicas.
- Empapadores.
- Esponjas jabonosas.
- Sillones.
- Tensiómetros.
- Termómetros.
- Catéteres venosos.
- Agujas.
- Jeringas.
- Sistemas de fijación: apósitos, esparadrapo.
- Compresores.
- Clorhexidina en solución acuosa al 0,05%.
- Llaves de tres vías.
- Sistemas de sueros.



- Tubos de analítica de sangre.
- Sueros fisiológicos 0,9% de 10, 50 y 100 cc.
- Sueros Ringer lactato de 500 cc.
- Pinza de anillas tipo “Foerster”

#### SALA-CEX PEDIATRÍA

- Puesto de trabajo: ordenador (Selene con vistas de pediatría), mesa, sillas (3), impresora
- Camilla exploración del RN
- Báscula pesa bebés
- Tallímetro lactantes
- Lancetas
- Gasas
- Bilirrubinómetro transcutáneo
- Otoscopio y oftalmoscopio
- Tensiómetro con manguitos de RN
- Empapadores
- Sistemas de fijación: apósitos, esparadrapo.
- Clorhexidina en solución acuosa al 0,05%.
- Guantes estériles y no estériles con y sin látex

## ANEXO 2 (Alta precoz): CONDICIONES CLÍNICAS PARA EL ALTA HOSPITALARIA OBSTÉTRICA PRECOZ

<b>TEMPERATURA</b>	Paciente apirética
<b>TA</b>	Cifras de TA durante el puerperio clínico inferiores a 140/90 mmHg
<b>NO SIGNOS/SÍNTOMAS DE ANEMIA</b>	FC: taquicardia/bradicardia Palidez mucosas Intolerancia al ortostatismo Hb posparto >9gr/dl
<b>MAMAS</b>	Ausencia de signos inflamatorios
<b>INVOLUCIÓN UTERINA</b>	Fondo uterino al alta dos traveses por debajo del ombligo
<b>LOQUIOS</b>	Cantidad menor que menstruación Olor peculiar pero NO fétido
<b>PERINÉ Y CANAL BLANDO</b>	TV negativo al alta Ausencia signos infección. Ausencia de hematomas y cuerpos extraños Ausencia de hemorroides trombosadas
<b>DOLOR</b>	No cefalea Nivel EVA (0-10) Localización (periné, mamas, ...) Buen control con analgesia de I nivel
<b>MMII</b>	No puntos dolorosos ni entumecimiento No palidez, no frialdad Deambulación correcta
<b>APARATO RESPIRATORIO</b>	FR en valores normales No disnea, tos, cianosis o hemoptisis
<b>TRÁNSITO INTESTINAL</b>	Existencia ruidos intestinales No preciso evacuación las 48h posparto
<b>ELIMINACIÓN VESICAL</b>	Diuresis espontánea en 6-8 h posparto Ausencia globo vesical
<b>ESTADO EMOCIONAL</b>	BEG Vigilar signos/síntomas de tristeza puerperal
<b>ISOINMUNIZACIÓN RH</b>	Inmunoprofilaxis anti-D SI PRECISA PUESTA
<b>VACUNACIÓN RUBEOLA</b>	Recomendar vacunación en CS si negativa
<b>ESTADO GENERAL</b>	NO sintomatología de puerperio patológico

## ANEXO 3 (Alta precoz): CRITERIOS EXCLUSION ALTA PRECOZ

- Puérperas procedentes con parto distócico vía abdominal (cesárea) y parto distócico vía vaginal (fórceps o espátulas) con indicación distinta del alivio de expulsivo, o con desgarro perineal grado III-IV

- Puérperas procedentes de partos con gestación múltiple.
- Puérperas procedentes de partos con gestación pretérmino (menos de 37sem).
- Puérperas procedentes de partos eutócicos con recién nacido ingresado en Neonatos
- Puérperas con muerte fetal anteparto y/o intraparto. Individualizar caso.
- Fiebre intraparto ( $T^a$  materna igual o superior a  $38^{\circ}\text{C}$ ), con signos de sospecha de corioamnionitis y/o tratamiento antibiótico.
- Puérperas con recién nacidos que presentan malformaciones mayores-menores y/o malos resultados obstétricos (ph arteria umbilical menor 7,10).
- Puérperas procedentes de gestaciones con patología obstétrica (EHE, DMG insulinizada, isoimmunización, HELLP, Colestasis, alteraciones dermatológicas graves del embarazo, (...).
- Puérperas procedentes de gestaciones con patología medica grave (serología HIV+, serología Hepatitis B+ activa o no controlada, serología Hepatitis C+ activa o no controlada, serología sífilis + sin tratamiento, Herpes genital, HTA crónica, DM pregestacional, patología tumoral, patología cardiaca y respiratoria, epilepsia, esquizofrenia, trastornos personalidad (...), enfermedad renal
- Puérperas con hábitos tóxicos (abuso de alcohol, abuso de drogas, problemas sociales, marginalidad, violencia doméstica,...).
- Puérperas adolescentes, considerando adolescentes a menores de 18 años, independientemente de la disponibilidad de apoyos o recursos.
- Puérperas procedentes de gestaciones no controladas y/o control escaso de la gestación.
- Puérperas que desarrollen complicaciones durante el puerperio:
  - Fiebre posparto:  $T^a$  materna igual o superior a  $38^{\circ}\text{C}$  últimas 24horas antes del alta.
  - Puérperas que presentan tensión arterial (TA) durante el puerperio clínico, superior a 140/90 mmHg o elevación de 30 mmHg en TA sistólica y/o un aumento de la TA diastólica de 15 mmHg.
  - Puérperas que hayan desarrollado o presenten signos y síntomas, durante el puerperio clínico, de anemia o presenten hemoglobina

materna por debajo de 9gr/dl, durante el puerperio.

- Puérperas que hayan desarrollado o presenten signos y síntomas, durante el puerperio clínico, de hemorragia posparto primaria (HPP) que requieran legrado puerperal y/o histerectomía obstétrica.
  - Puérperas que precisen extracción manual de placenta con y/o sin profilaxis antibiótica.
  - Puérperas que presenten retención de restos y/o coágulos que precisen legrado puerperal con o sin profilaxis antibiótica.
  - Puérperas que presenten complicaciones del canal blando del parto (hematomas vulvovaginales, hematomas pelviabdominales, desgarros de Tercer grado y Cuarto grado.).
  - Puérperas que presenten complicaciones en la analgesia-anestesia obstétrica
  - Puérperas que hayan desarrollado o presenten signos y síntomas, durante el puerperio clínico, de Coagulación intravascular diseminada (CID), embolia LA, TVS, TVP, mastitis puerperal, Síndrome de Sheehan, crisis tirotóxica, patología psiquiátrica puerperal (...).
- Puérperas con entorno familiar y social desfavorable para el alta precoz o con minusvalía física o psíquica evidente.

#### ANEXO 4 (Alta precoz): MACRO UTILIZADO PARA LA REVISIÓN DE LA PUÉRPERA EN CONSULTA

Nombre: **“obspuer”**

Revisión puerperal en consulta tras alta hospitalaria. PE el día //.

Puerperio inmediato de curso normal. Lactancia materna establecida de forma correcta.

BEG.

Tª:            TA:

Exploración: Útero contraído, bien involucionado. Periné buen aspecto. Loquios aspecto y cantidad normal. Mamas sin hallazgos.

Se realiza revisión neonatal conjunta con extracción de pruebas metabólicas.

Se decide alta, remitiendo a la paciente a su Centro de Salud para revisiones posteriores.

#### ANEXO 5 (Alta precoz): MACRO UTILIZADO PARA LA REVISIÓN DEL RN EN CONSULTA

Nombre: **“pedrnpz”**

REVISIÓN ALTA PRECOZ MATERNIDAD

FECHA DE CONSULTA:

FECHA DE NACIMIENTO:

Edad:        horas

DIAGNÓSTICOS PREVIOS:

- Recién nacido a término ( EG ....sem) de peso adecuado (PRN.....g)

VACUNA VHB Y PRUEBAS ENOCRINOMETABÓLICAS: ver documento de salud infantil

EVOLUCIÓN: Recién nacido dado de alta precoz de la maternidad a las 24 horas de vida con un peso de .....g (pérdida de un .....% del PRN).

Alimentación: lactancia materna exclusiva desde el nacimiento con correcto enganche y succión. No refiere problemas con la lactancia. Ha realizado entre 8-10 tomas en las últimas 24 horas a demanda. Diuresis y deposiciones adecuadas.

EF: peso:.....g (-        % del PRN)

Buen estado general, bien hidratado y perfundido. Normocoloreado, no presenta ictericia. No edemas. No signos de dificultad respiratoria. Cráneo y cara normoconfigurados. Paladar íntegro. AC: rítmico, no soplos. AP: adecuada entrada de aire bilateral. Abdomen blando y depresible, no masas ni visceromegalias. Pulsos femorales palpables normales. Caderas estables. Cordón umbilical normal. Genitales normales. Neurológico sin alteraciones.

JUICIO CLÍNICO: Recién nacido a término de peso adecuado para su edad gestacional

PLAN:

- Alimentación: Lactancia materna a demanda
- Posición para dormir: boca arriba
- Cuidados del cordón: lavar con agua y jabón al menos una vez al día
- Acudirá a su centro de salud en 48-72 horas aproximadamente.

## **ANEXO 5: DOCUMENTO DE CONSULTA. PUERPERIO FISIOLÓGICO VS PATOLÓGICO**

### **DOCUMENTO DE CONSULTA: PUERPERIO FISIOLÓGICO VS PATOLÓGICO**

#### **INTRODUCCIÓN:**

La siguiente guía tiene como propósito, ser un documento de consulta para garantizar que el puerperio se está desarrollando de manera fisiológica o poder detectar precozmente signos-síntomas de complicaciones o puerperio patológico.

Se ha elaborado por un equipo de trabajo multidisciplinar en el que han participado médicos obstetras, matronas y enfermeras del Hospital Universitario de Fuenlabrada.

La metodología de trabajo para el desarrollo de su contenido, ha sido a través de la revisión bibliográfica, utilizando Bases de Datos Nacionales e Internacionales, Organizaciones, Asociaciones e Instituciones reconocidas para el tema de estudio, teniendo en cuenta la calidad científica y metodológica de los artículos revisados.

#### **PUERPERIO: DEFINICIÓN**

La definición clásica de puerperio incluye el período transcurrido desde la finalización del parto hasta cuarenta días después del mismo. El puerperio es un proceso fisiológico que comprende desde el final del parto hasta la aparición de la primera menstruación.

En la etapa de puerperio se producen grandes cambios fisiológicos y psicológicos en la mujer. Físicamente, la mujer tras el parto vuelve gradualmente al estado no grávido, y se prepara para establecer la lactancia materna. Psicológicamente, se desarrollan conductas para la adaptación a los cambios mencionados y a la creación de los lazos afectivos con el neonato.

Su duración aproximada es de 40 días (6 semanas), que se dividen según SEGO en:

**Puerperio inmediato:** comprende las primeras 24 horas.

**Puerperio clínico:** es el período que va desde el final del puerperio inmediato hasta que la mujer es dada de alta del medio hospitalario. La duración aproximada es de 2 a 4 días habitualmente.

**Puerperio tardío:** su final coincide con la aparición de la primera menstruación.

En la práctica clínica habitual, el periodo de puerperio se divide en:

**Puerperio inmediato precoz:** comprende las primeras 2 horas tras el alumbramiento.

**Puerperio inmediato tardío:** abarca el periodo tras las dos horas hasta la alta clínica, habitualmente a las 48 horas posparto.

### **CAMBIOS PSICO-FISIOLÓGICOS DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO**

**INVOLUCIÓN UTERINA:** El útero puerperal debe tener una adecuada contractilidad, con disminución progresiva de tamaño. Inmediatamente después del alumbramiento el útero es un órgano abdominal que llega a la mitad de la distancia entre el ombligo y la sínfisis del pubis, pero en las horas sucesivas, y seguramente por la presencia de coágulos intracavitarios, así como por los cambios en el sistema ligamentario de sostén, el fondo uterino asciende y alcanza el nivel del ombligo, aproximadamente como una gestación de 20 semanas. El control del fondo uterino debe ser; el primer día a nivel del ombligo y va descendiendo a 2cm/día en los siguientes 10 días.

**REGENERACIÓN DEL ENDOMETRIO:** entre el 2ª y 3ª día después del parto, la decidua se divide en dos capas:

- Una capa superficial, necrótica, que se descama progresivamente, formando parte de los loquios
- Una capa profunda, situada en contacto con el miometrio, que contiene esbozos de glándulas endometriales, cuya proliferación dará lugar al nuevo endometrio.

**Loquios:** son la secreción postparto que proviene de la cavidad endometrial. Deberán presentar una evolución adecuada, desde un componente en principio predominantemente hemático (lochia rubra), hasta un aclaramiento de los mismos con disminución progresiva de la cantidad (lochia serosa, lochia alba).

El control de la evolución de los loquios rojos, debe ser durante los 2 a 3 días posteriores al parto, contienen sangre casi exclusivamente, con pequeños fragmentos

de membranas y restos fetales como lanugo, vérnix y meconio. En cantidad igual o menor que menstruación. Y durante el resto de la 1ª semana y durante la 2ª aparecen los loquios rosados, que contienen menos sangre y más exudado, leucocitos y decidua en estado de degeneración grasa. A medida que aumenta el número de leucocitos, junto con el moco y microorganismos, los loquios se convierten en cremosos y se denominan loquios blancos. Alrededor del 5ª semana después del parto debe haber cesado la expulsión de los loquios.

Los loquios tiene un olor peculiar, pero la fetidez indicaría infección.

**CUELLO UTERINO:** tras el parto aparece blando, colgante, edematoso, con múltiples laceraciones; caben fácilmente a su través 2 dedos y tiene 1 cm de espesor. En las primeras 24 horas después del parto, se acorta con rapidez, y se hace más firme y grueso. Hacia la 6ª semana postparto, asume el característico aspecto en “hocico de tenca”. El orificio cervical externo se convierte en una cisura transversal.

**VAGINA:** inmediatamente después del parto la vagina es blanda, flexible y fácilmente distensible. La mucosa es edematosa. El introito vaginal es laxo y está abierto, con poco tono muscular, y muestra pequeños y múltiples desgarros himeneales. La vagina volverá a su forma y tamaño inicial en tres semanas, aunque en la mujer lactante amenorreica, la falta de estrógenos puede inducir una cierta atrofia de la mucosa. Se revisará el proceso de cicatrización de la episiotomía y desgarros valorando la posible presencia de dehiscencias, hematomas y signos de infección.

**MAMAS:** mamas requerirán especial atención por el riesgo de mastitis. Se evaluará la turgencia, presencia de grietas y signos inflamatorios, y características del pezón.

Las mamas pueden estar voluminosas, con una marcada congestión de las venas superficiales (red de Haller) y las areolas aumentadas de tamaño y pigmentación.

No deben existir zonas de enrojecimiento, zonas caliente, con aspecto de piel de naranja, localización de una masa dura palpable, quiste o galactocele, y ganglios axilares palpables.



El estímulo de succión del pezón facilita la ingurgitación mamaria entre el segundo y cuarto día posparto, lo que puede provocar un aumento transitorio y fisiológico de la temperatura corporal, que no excede de los 38°C y cuya duración habitual es de 4-16 horas, nunca supera las 24 horas de duración.

### **SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO**

Después del parto, los músculos y ligamentos de la pelvis recuperan su posición previa hacia las 4-6 semanas.

Las paredes abdominales permanecen flácidas las dos primeras semanas postparto. Se recuperan lentamente y vuelven a tener tono en las 6 primeras semanas (en función de la práctica o no de ejercicios específicos).

Los rectos anteriores, pueden permanecer separados en la línea media provocando Diástasis de rectos.

### **TEGUMENTO**

Desaparecen las alteraciones cutáneas como petequias, hemorragias capilares, las estrías palidecen con el tiempo.

La “línea nigra” del abdomen, el cloasma gravídico y la pigmentación oscura de los pezones disminuyen y luego desaparecen pero es un proceso variable y lento.

**SISTEMA URINARIO:** en el postparto inmediato, la mucosa vesical presenta un grado variable de edema e hiperemia como consecuencia del traumatismo del parto. La tasa de filtración glomerular persiste alta durante la 1ª semana y esto, junto con el mayor volumen de sangre circulante, explica el incremento de la diuresis, de hasta 3 litros al día durante los primeros 4-5 días tras el parto. La glucosuria fisiológica del embarazo se encuentra en el 20% de los casos en la primera semana después del parto, para desaparecer después. Casi el 50% de las mujeres tendrán una proteinuria residual durante 1 ó 2 días tras el parto.

La púérpera deberá realizar el primer vaciado vesical después del parto en un plazo no superior a las 6-8 horas, pasadas las cuales, si dicho vaciamiento no se ha producido espontáneamente, se procederá al sondaje vesical

**EVACUACIÓN INTESTINAL:** la disminución del peristaltismo intestinal secundario a la progesterona, la posibilidad de vaciamiento intestinal realizado en el parto, el dolor hemorroidal o relacionado con la sutura, impide que la puérpera haga fuerza para defecar, y la readaptación abdominal del postparto, condicionan una situación de pseudoestreñimiento, habitual en los primeros días del puerperio. Salvo indicaciones específicas (desgarros perineales, etc.), si la puérpera no ha presentado defecación, ésta no se provocará artificialmente (laxantes, enemas) antes del segundo o tercer día.

**CAMBIOS METABÓLICOS:** los niveles séricos del colesterol y triglicéridos descienden significativamente en las primeras 24 horas del puerperio, y esto ocurre en todas las fracciones de lipoproteínas, alcanzando las concentraciones similares a las que existían antes del embarazo a la 7ª u 8ª semanas del parto. La lactancia no influye en los niveles de lípidos. La glucemia basal y postprandial disminuye en el postparto, principalmente en los tres primeros días de puerperio, hecho que disminuye los requerimientos de insulina de las pacientes diabéticas.

**CAMBIOS CARDIOVASCULARES Y HEMATOLÓGICOS:** inmediatamente

después del alumbramiento se produce un descenso brusco del número de plaquetas en sangre, para aumentar días después junto con un incremento de la adherencia plaquetaria. El fibrinógeno, el factor VIII y el plasminógeno descienden rápidamente tras el parto, pero entre el 4º y 6º día del puerperio se produce un aumento hasta alcanzar los niveles preparto, protegiendo a la puérpera frente a la hemorragia.

Dado que el puerperio es una etapa con riesgo tromboembólico, se valorarán factores que puedan predisponer a dichos procesos. Debe evaluarse, fundamentalmente, la presencia de síndrome varicoso con especial atención a extremidades inferiores, y los posibles antecedentes. En condiciones normales, debe iniciarse la movilización en las ocho a doce primeras horas postparto. Cuando existan factores de riesgo asociados, puede ser necesaria la administración de heparinas de bajo peso molecular.

El estrés del parto produce una leucocitosis importante puerperio, que se añade a la leucocitosis relativa del embarazo, y que puede alcanzar los 25.000 leucocitos por  $\mu\text{L}$ , con granulocitosis, linfopenia relativa y marcada eosinopenia.

La eritropoyesis estará aumentada por la pérdida hemática durante el parto, causa en el puerperio una reticulocitosis por aumento de la producción de formas jóvenes de eritrocitos que tiene su pico en el cuarto día postparto.

El gasto cardiaco se reduce rápidamente tras el parto. La bradicardia (menos de 60lpm) puede estar presente en los primeros días. La taquicardia (más de 110lpm) sería indicativa de pérdida hemática importante o de elevación térmica, en cuanto a la tensión arterial (TA), se produce un ligero incremento en el postparto inmediato, es más elevada entre el tercer y el sexto día después del parto, cuando la mayoría de las mujeres han sido dadas de alta.

**APARATO RESPIRATORIO:** los cambios en la función pulmonar durante el puerperio son muy rápidos, al modificarse el contenido abdominal y la capacidad del tórax. Durante las primeras semanas postparto persiste un aumento de la ventilación en reposo y del consumo de oxígeno, así como una respuesta menos eficaz a la actividad física.

Los cambios en el equilibrio ácido-base evolucionan simultáneamente con los cambios respiratorios. Durante el parto existe una hipocapnia, un aumento del lactato y un descenso del pH en sangre materna, que se prolonga durante el puerperio inmediato. En los días siguientes se produce un aumento hacia la normalidad de la PCO<sub>2</sub>, del exceso de bases y del pH, alcanzándose los valores normales alrededor de la 3ª semana postparto.

### **CAMBIOS PSICOLÓGICOS:**

El puerperio es un periodo en el cual se producen importantes transformaciones psicológicas, como el establecimiento y consolidación del vínculo emocional precoz madre-hijo, la creación del nuevo rol social o estatus de madre, familia, etc. además de la multitud de transformaciones físicas antes mencionadas. Una de las transformaciones físicas más importantes a nivel cerebral y endocrino que parece incidir en el estado anímico son las concentraciones de estrógenos y progesterona. La concentración de la progesterona en la sangre desciende precipitadamente, aproximadamente 1000 veces, en los días siguientes al parto; también desciende el

estrógeno, pero en menor grado. La progesterona, los progestágenos sintéticos y el estrógeno tienen propiedades psicoactivas y se ha demostrado que modulan los receptores serotoninérgicos en el cerebro, por consiguiente, el estrógeno y los progestágenos pueden influir en la función de los neurotransmisores cerebrales y, en consecuencia, en el comportamiento y los síntomas.

Se han descrito tres tipos distintos de reacciones depresivas en el postparto; **melancolía del puerperio, la depresión puerperal y la psicosis puerperal.**

Aproximadamente, un 70 a 80% de las madres presentan melancolía, tristeza puerperal o "baby blues post-partum", "third day blues" y "maternity blues". Se la define como una depresión leve y transitoria que se produce a los pocos días del parto. A los 2 ó 3 días después de dar a luz comienzan a sentirse deprimidas, ansiosas y angustiadas. Sin ningún motivo evidente, sienten enfado con el nuevo bebé, con sus parejas o con los otros hijos. También pueden llorar sin ningún motivo obvio, tener dificultad para dormir, comer y tomar decisiones, casi siempre cuestionan si pueden cuidar de un bebé. Estos sentimientos pueden y deben desaparecer en los primeros 7 a 10 días postparto, sin tratamiento farmacológico, sólo con apoyo emocional y seguimiento para que no progrese.

La depresión postparto ha sido descrita como una depresión atípica aparecida después del nacimiento de un hijo, con decaimiento, desconsuelo, sentimientos de inadecuación e incapacidad para cuidar al recién nacido. Aparece en el 10-15% de las púerperas. Se manifiesta después de la segunda semana postparto, pero no alcanza morbilidad clínica hasta el cuarto o quinto mes. En estos casos la madre manifiesta y presenta, cansancio físico-psíquico excesivo, alteraciones del sueño, pérdida de interés, déficit de autoestima, anorexia, llanto, sentimientos de culpa excesivos, desamparo y pensamientos recurrentes de muerte. La detección y el tratamiento de la depresión puerperal debe ser precoz, por lo que se debe valorar la esfera psicológica en todas las púerperas, y advertir que es normal la presencia de tristeza puerperal, durante los primeros días del postparto, pero estos sentimientos deben desaparecer por completo, sino se debe buscar ayuda inmediatamente.

Algunas madres de recién nacidos sufren una enfermedad mental más grave que se denomina psicosis después del parto. Sin embargo, esta enfermedad ocurre rara vez.

Las mujeres con una mayor tendencia a presentarla han tenido la enfermedad maniacodepresiva (trastorno bipolar) o esquizofrenia o los miembros de su familia las han padecido.

Finalmente, la psicosis puerperal, clásicamente se ha mantenido que es de inicio súbito, actualmente, no está claro si existe una fase prodrómica, con inestabilidad emocional, inseguridad, indecisión, aturdimiento, etc.

En la psicosis postparto pueden encontrarse una amplia variedad de síntomas esquizofrénicos típicos, como son: desorientación temporo-espacial, alucinaciones auditivas y visuales, delirios, y episodios maniacos caracterizados por exaltación, inestabilidad de carácter, fuga de ideas, distracciones, euforia y exceso de actividad, comienzan después de una reducción en el sueño y cambios en el ánimo. Con frecuencia, la paciente siente estar dotada de poderes especiales. Esta situación, como resulta evidente requiere de tratamiento farmacológico, psicológico y hospitalización.

### **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: PUERPERIO FISIOLÓGICO VS PUERPERIO PATOLÓGICO**

En el puerperio se desarrollan simultáneamente multitud de cambios fisiológicos y psicológicos en la mujer, debido a la multitud de los procesos involutivos y en el breve tiempo en el que se producen, pueden aparecer complicaciones y/o urgencias puerperales, que pueden incluso causar la muerte materna. Por este motivo la matrona durante el puerperio inmediato precoz y en la unidad de hospitalización debe identificar los signos y síntomas de las complicaciones más frecuentes, además de y avisar y derivar al equipo de tocología para su diagnóstico y seguimiento, ya que se trata del desarrollo de un puerperio patológico.

La mortalidad materna se define como la muerte de una mujer producida durante el embarazo o dentro de los 42 primeros días después del alumbramiento. La mayor parte de las muertes maternas en España, se deben a la preclampsia y las embolias obstétricas (pulmonar, del líquido amniótico, etc.).

A continuación vamos a desarrollar las complicaciones que por su elevada mortalidad materna, se deben identificar precozmente como son las hemorragias puerperales, preclampsia y infecciones puerperal, otras complicaciones menores en nuestro medio,

que no son causa de mortalidad materna pero por su elevada frecuencia durante el puerperio se deben detectar, como son la fiebre puerperal, el hematoma puerperal, patología de la lactancia, y enfermedad tromboembólica.

#### HEMORRAGIAS PUERPERALES:

Las hemorragias postparto son aquellas que se producen después de la salida completa del feto y mientras dura el puerperio.

La pérdida de volumen vascular por la hemorragia postparto es compensada por la disminución del árbol vascular placentario. En los primeros días, la movilización del líquido extracelular puede provocar una hemodilución, pero la volemia debe volver al nivel pregestacional alrededor de la tercera semana después del parto. La cantidad de sangre que se pierde durante el parto, determina la volemia y el hematocrito durante el puerperio. La cuantía normal de la hemorragia en el parto vaginal normal es de alrededor de 500 ml, mientras que en el curso de una cesárea aumenta hasta 1000 ml. De forma clásica se define a la hemorragia postparto como una pérdida sanguínea calculada mayor de 500 ml después del parto, clasificándose en:

- **Hemorragias del postparto precoz (inmediato)** a las que ocurren en las primeras 24 horas después del parto.
- **Hemorragias del postparto tardío** a las que ocurren entre el 1º día y la 6ª semana del puerperio.

Las causas de la hemorragia postparto son numerosas pero las más frecuentes son debidas a la atonía uterina, de los desgarros obstétricos y de la retención de fragmentos placentarios.

El término atonía uterina es responsable del 50% de las hemorragias post alumbramiento. Ocurre cuando el útero no se contrae después del parto, lo que origina una pérdida de sangre continua desde el lugar donde estaba implantada la placenta. Desde el punto de vista clínico se debe sospechar cuando existe una hemorragia uterina junto con la palpación de un útero de consistencia blanda. Aunque puede ocurrir sin factores predisponentes es más frecuente cuando existe

sobredistensión uterina (embarazo múltiple, polihidramnios, macrosomía), parto prolongado o precipitado, administración excesiva de oxitocina (inducción o conducción del parto), paridad elevada ( $> 5$ ), corioamnionitis, utilización de fármacos relajantes uterinos (betamiméticos, sulfato de magnesio, agentes anestésicos halogenados, nitroglicerina, etc.)

Otra de las causas, es la excesiva pérdida de sangre desde la episiotomía y/o desgarros del canal blando del parto (20%). Los desgarros pueden tener su origen en la vulva, vagina o cuello uterino; generalmente están relacionados con un parto precipitado, con la expulsión no controlada del feto o con un parto instrumental, aunque pueden ocurrir después de cualquier parto. La existencia de una hemorragia persistente, de color rojo brillante, con un útero bien contraído sugiere que el cuadro se debe a un desgarro obstétrico. La revisión del canal blando del parto permite identificar la lesión origen de la hemorragia.

La retención de tejido placentarios y de las membranas después de la expulsión de la placenta es la causa del 5-10% de las hemorragias del postparto. La revisión de la placenta después del alumbramiento suele evidenciar la ausencia de un fragmento de la placenta. Clínicamente la existencia de una hemorragia, no muy abundante pero persistente, que procede de la cavidad uterina y que no responde a la administración de oxitócicos sugiere la existencia de una retención de fragmentos.

Finalmente, existen estudios que demuestran el nivel de concordancia entre la estimación visual de pérdidas hemáticas durante el parto y las cifras de hemoglobina y hematocrito durante el puerperio. En general estos estudios demuestran que para volúmenes pequeños de pérdidas hemáticas existen buena concordancia, pero cuando el volumen de pérdidas hemáticas es mayor, se produce una subestimación de las pérdidas. El pulso, la valoración de la mucosa conjuntival, y la tolerancia al ortostatismo pueden ser buenos indicadores clínicos para ayudarnos a estimar la pérdida hemática. Siempre prestar atención a causas (regla 4T: Trauma, desgarros o inversión uterina; Tejidos, restos de tejido placentario; Trombopatías, alteraciones coagulación; Tono, atonía uterina).

**PRECLAMPSIA:**

Se produce un ligero incremento de la tensión arterial (TA) en el postparto inmediato, es más elevada entre el tercer y el sexto día después del parto, cuando la mayoría de las mujeres han sido dadas de alta. Las cifras de TA durante el puerperio inmediato no deben superar 140/90 mmHg. Se cree que este patrón de TA es el resultado de la movilización, del espacio extravascular al intravascular, de los seis a ocho litros de agua total del organismo y de los 950 mEq de sodio (natriuresis) total acumulados durante el embarazo.

Las cifras de 140/90mmHg durante antes de la semana 20 de gestación y/o 6 semanas posparto se clasifican y denomina hipertensión crónica.

Si se detectan cifras tensionales elevadas o límites se debe avisar y derivar al equipo de tocología para su diagnóstico y seguimiento posterior.

**ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA:** se entiende por enfermedad tromboembólica a la presencia de un trombo en cualquier parte de la economía corporal. El puerperio es una etapa en la que se dan las condiciones para que esto ocurra, ya que existe un enlentecimiento de la circulación, una hipercoagulabilidad mediada por estrógenos, posibles traumatismos de las venas por el proceso del parto.

Dentro de la enfermedad tromboembólica podemos distinguir dos situaciones o variedades:

**TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL (TVS) DE LOS MIEMBROS INFERIORES:** afecta a las venas superficiales del sistema safeno. No suele dar excesiva sintomatología o clínica, normalmente existe dolor espontáneo y a la palpación de los MM.II, eritema en el tracto venoso superficial con cordón palpable y aumento de la temperatura local. En muchas ocasiones, la paciente refiere sensación de entumecimiento o pesadez en la pantorrilla y una leve impotencia funcional.

**TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP) DE LOS MIEMBROS INFERIORES:** afecta al sistema venoso profundo desde el pie hasta la región iliofemoral. Los síntomas característicos son; dolor, edema, aumento del diámetro de la extremidad afectada,



presencia del signo de Homans positivo en un tercio de los casos, en algunas ocasiones existe espasmo arterial por lo que se puede observar palidez y frialdad en esa extremidad y disminución de los pulsos periféricos, puede haber fiebre y leucocitosis. En el 95% de los casos de embolismo pulmonar (EP), el trombo proviene de TVP de los MM.II. El cuadro clínico del EP, a veces, es inespecífico. El síntoma más común es la disnea (70% casos), seguido de dolor pleurítico (66%), tos (40%) y hemoptisis, es frecuente la sensación de angustia. El signo clínico más importante es la taquipnea, seguido de crepitantes y taquicardia.

#### FIEBRE PUERPERAL:

Existe un puerperio febril en el 1-8% de todos los partos, siendo la frecuencia mayor en los partos por cesárea que en aquellos por vía vaginal. La fiebre puerperal fue definida por el Joint Committee on Maternal Welfare como: **temperatura de 38°C (100,4°F) o superior, que se presenta en 2 ocasiones de los primeros 10 días posteriores al parto, salvo las primeras 24 horas, tomada por vía oral mediante una técnica estándar, incluidas las primeras 24 horas si la fiebre es superior a 38,4°C.**

Cuando se planteó la definición, se excluyeron las primeras 24 horas porque la respuesta febril frente a la mayoría de las infecciones originadas durante el parto aparece después del primer día, mientras que la fiebre del primer día sugiere infección previa al parto. Pero esto no es siempre así, por lo que toda puerpera febril, incluso en el primer día, requiere una valoración cuidadosa para detectar la presencia de cualquier foco infeccioso. **Los picos febriles en los 2 primeros días tras el parto suelen ser autolimitados y debidos a la subida de la leche. Pero temperatura de 38 °C durante 2 días entre los días 2º al 10º tras el parto, no forma parte del puerperio fisiológico, por lo que se debe avisar y derivar al equipo de tocología.**

Durante el puerperio, la fuente más frecuente de aumento de temperatura es la infección del aparato genital, además la puerpera presenta polaquiuria, disuria y/o tenesmo vesical, dolor zona lumbar con puñopercusión positiva. Sin embargo, un 5-10% de las puerperas con fiebre no tienen ningún proceso infeccioso o lo presentan en una localización diferente al tracto genital.

Las infecciones pélvicas (como endometritis, fascitis necronizante, etc.) son las complicaciones graves del puerperio. Las infecciones del endometrio suelen ser polimicrobianas. La endometritis se origina como infección ascendente, a partir de microorganismos que constituyen la flora vaginal normal. Cuando hay fiebre elevada durante las primeras 24 a 48 horas del puerperio se ha de tener en mente la bacteriemia por estreptococos del grupo B. La *Chlamydia trachomatis* puede ser el agente causal de endometritis tardías (entre 3 días a 6 semanas postparto).

La endometritis suele manifestarse entre 3º y 5º día posparto, con mal estado general, temperatura de al menos 38°C, taquicardia materna, leucocitosis, dolor hipogástrico, hipersensibilidad uterina (dolor a la palpación en fondo uterino y a la movilización) con subinvolución del útero que es blando a la palpación, y loquios achocolatados, purulentos y/o malolientes.

#### HEMATOMAS PUERPERALES:

Se deben a hemorragias surgidas durante el parto o después del alumbramiento y que no encuentran salida hacia el exterior. La incidencia de hematomas puerperales es de alrededor de 1 cada 500 partos, pero los grandes hematomas se dan en 1 de cada 4000 partos aproximadamente.

Clasificación de los hematomas puerperales:

**HEMATOMAS VULVOVAGINALES:** son los hematomas situados por debajo del elevador del ano. Son más frecuentes si el parto ha sido vaginal. La hemorragia se extiende hacia la vulva, la vagina y la fosa isquiorrectal e incluso hacia el ano. El hematoma está limitado hacia arriba por el elevador del ano y hacia abajo por la aponeurosis de Colles y la Fascia lata. El núcleo tendinoso del periné impide la propagación hacia el lado contrario. Aparece como una tumoración de color rojo vinoso bajo la piel y/o un abombamiento de la pared vaginal. Produce dolor local, molestias en la micción e incluso retención urinaria.

**HEMATOMAS PELVIABDOMINALES:** son los hematomas situados por encima del elevador del ano. Se extiende en el espacio rectovaginal y vesicovaginal, en la zona del ligamento redondo, y pueden distenderse el ligamento ancho. Se forma un tumor fluctuante que rechaza el útero, queda desplazado lateralmente con posible abombamiento del fondo de saco lateral correspondiente. Puede abrirse en la cavidad peritoneal y provocar un hemoperitoneo.

#### PATOLOGÍA DE LA LACTANCIA:

La patología de la lactancia es muy amplia y variada, por lo que sólo se va a desarrollar la sintomatología de las situaciones y complicaciones más frecuentes:

**INGURGITACIÓN MAMARIA:** este cuadro se presenta en el segundo o tercer día del puerperio. Suele ser bilateral y las mamas están tensas, calientes y dolorosas.

#### **GRIETAS EN LOS PEZONES**

Aparición de grietas, lesiones en pezones, acompañadas de dolor con la succión con o sin sangrado.

**MASTITIS:** con frecuencia es unilateral, aunque puede ser bilateral. Se suele presentar en la primera semana postparto aunque también hay un pico en la 3-4ª semanas. Etiología: flora bacteriana nasal- oral del recién nacido, o flora cutánea materna. Se suele presentar con fiebre y dolor mamario. A la exploración física: eritema, dolor a la palpación, induración y fluctuación si se ha desarrollado un absceso, y linfangitis mamaria con infarto o no de ganglios regionales.

**INFECCIÓN MICÓTICA - CANDIDIASIS DEL PEZÓN:** Se suele presentar con dolor pulsátil a lo largo de los conductos (“como si se clavaran alfileres ardiendo”), prurito a nivel del pezón, enrojecimiento de los pezones sobre todo a nivel de la punta. Es frecuente que el lactante padezca candidiasis orofaríngea (muguet).

## ANEXO 6: Formulario Urgencias Obstetricia (SELENE)

Nueva Toma - Urgencias Obstetricia - PRUEBA PRUEBA, PRUEBA - prueba\_descripcion... - 03/06/2014 - Windows Internet Explorer prov

**Nueva Toma - Urgencias Obstetricia - 500006 - PRUEBA PRUEBA, PRUEBA**  
**IBUPROFENO - PENICILINA - ANCHOAS (es alérgico al ibuprofeno.)**

Fecha Toma: 07/06/2016 Hora Toma: 09:14:48 nhum:iss Recálculo Automático

**Botones de Acción**

**GENERAL CATETERES CENTRALES**

Fecha de la exploración	dd/mm/yyyy	17/06/2014	16/10/2015 13:28
Motivo Consulta Obstetricia		dolor abdominal y gestación 28 y.	14/05/2015 08:38
Motivo de Consulta Detalle		Refiere dolor hipogastrico	14/05/2015 08:38
Antecedentes Familiares		Madre HTA	14/05/2015 08:38
Antecedentes Personales (indet)		Ninguna	16/10/2015 13:28
Alergias Medicamentosas		no	16/10/2015 13:28
Hábitos Tóxicos (indet)		lo niega	02/06/2016 10:58
Edad Gestacional Amenorrea		9+5	14/05/2015 08:38
FUR por Amenorrea	dd/mm/yyyy	12/03/2015	12/06/2016 11:09
FUR Ecográfica	dd/mm/yyyy	15/03/2014	16/10/2015 13:28

Cancelar Recalcular Seleccionar Anteriores Aceptar + Imprimir Aceptar + Informe Aceptar

Inicio Lanzador HUF Complete los datos si... Sele - Windows Int... Nueva Toma - Urgenc...

Nueva Toma - Urgencias Obstetricia - PRUEBA PRUEBA, PRUEBA - prueba\_descripcion... - 03/06/2014 - Windows Internet Explorer prov

**Nueva Toma - Urgencias Obstetricia - 500006 - PRUEBA PRUEBA, PRUEBA**  
**IBUPROFENO - PENICILINA - ANCHOAS (es alérgico al ibuprofeno.)**

Fecha Toma: 07/06/2016 Hora Toma: 09:14:48 nhum:iss Recálculo Automático

**Botones de Acción**

**GENERAL CATETERES CENTRALES**

Gestación		Única	16/10/2015 13:28
Gestaciones previas		1	14/05/2015 08:38
Gestaciones a Término		1	07/04/2016 12:15
Gestaciones Pretérmino		0	07/04/2016 12:15
Abortos		1	07/04/2016 12:15
Vivos		21	07/04/2016 12:15
Partos Anteriores		eutocico	16/10/2015 13:28
Control de Gestación		controlada en otros centros	16/10/2015 13:28
T (°C)	maxErr: 43.0 maxAnor: 37.0 minErr: 32.0 minAnor: 35.0	38.0	03/04/2016 10:58
TAS (mm Hg)	maxErr: maxAnor: 160 minErr: minAnor: 100	120	03/04/2016 10:58
TAD (mm Hg)	maxErr: maxAnor: 85.0 minErr: minAnor: 0.0	70	03/04/2016 10:58
Exploración		en anteverción normal. Anexos sin patología palpable. Váscu: no patología palpable. No	14/05/2015 08:38
MGF		No	14/05/2015 08:38
		sensación de pujo.	

Cancelar Recalcular Seleccionar Anteriores Aceptar + Imprimir Aceptar + Informe Aceptar

Inicio Lanzador HUF Complete los datos si... Sele - Windows Int... Nueva Toma - Complete los datos siguientes

## ANEXO 7: Formulario Gestación Única (SELENE)

Nueva Toma - Gestación Única - PRUEBA PRUEBA, PRUEBA - prueba\_descripción - 03/06/2014 - Windows Internet Explorer provided b

**Nueva Toma - Gestación Única - 500006 - PRUEBA PRUEBA, PRUEBA**  
**IBUPROFENO - PENICILINA - ANCHOAS (es alérgico al ibuprofeno. )**

Fecha Toma: 07/06/2016 Hora Toma: 09:16:46 hhumccs Recálculo Automático

**Anamnesis**

Motivo de Ingreso para Parto	<input type="radio"/> estimulación del parto.	16/10/2015 13:28
Edad (años)	<input type="radio"/> 25	16/10/2015 13:28
Observaciones Motivo de Ingreso		
Fecha de la exploración	<input type="radio"/> 17/06/2014	16/10/2015 13:28
MGF	<input type="radio"/> Si	16/10/2015 13:28
Talla (cm)	<input type="radio"/> 165.0	03/06/2016 15:19
Peso al Inicio de Gestación (kg)	<input type="radio"/> 70.0	22/12/2015 08:49
Índice de Masa Corporal al Inicio de Gestación (indet)	<input type="radio"/> 25.7116620753	22/12/2015 08:49
Antecedentes familiares	<input type="radio"/> Texto AF	16/10/2015 13:28
Antecedentes Personales (indet)	<input type="radio"/> Ninguni	16/10/2015 13:28
Alergias Medicamentosas	<input type="radio"/> no	16/10/2015 13:28
Gestación	<input type="radio"/> Única	16/10/2015 13:28
Gestaciones a Término	<input type="radio"/> 1	07/04/2016 12:15
Gestaciones Pretérmino	<input type="radio"/> 0	07/04/2016 12:15

Cancelar Recalcular Seleccionar Anteriores Aceptar + Imprimir Aceptar + Informe Aceptar

Nueva Toma - Gestación Única - PRUEBA PRUEBA, PRUEBA - prueba\_descripción - 03/06/2014 - Windows Internet Explorer provided b

**Nueva Toma - Gestación Única - 500006 - PRUEBA PRUEBA, PRUEBA**  
**IBUPROFENO - PENICILINA - ANCHOAS (es alérgico al ibuprofeno. )**

Fecha Toma: 07/06/2016 Hora Toma: 09:16:46 hhumccs Recálculo Automático

**Trimestre**

Trimestre	<input type="radio"/> Negativo	16/10/2015 13:28
Screening Ecográfico Primer Trimestre	<input type="radio"/> Positivo	16/10/2015 13:28
Cariotipo Específico	<input type="radio"/> 46xy	16/10/2015 13:28
Cariotipo Amniocentesis	<input type="radio"/> normal	16/10/2015 13:28
Patología Anejos Ovariales		
Curso gestación	<input type="radio"/> Patología gravídica	16/10/2015 13:28
Control de Gestación	<input type="radio"/> controlada en otros centros	16/10/2015 13:28
Portadora de EGB	<input type="radio"/> Pendiente Resultados	16/10/2015 13:28
Gammaglobulina AntiD durante la gestación		
INFORME LABORATORIO	<input type="radio"/> prueba de hospitalización	16/10/2015 13:28
AC-ANTI-TOXOPLASMA IGG	<input type="radio"/> Positivo	16/10/2015 13:28
AC-ANTI-TOXOPLASMA IGM		
	<input type="radio"/> PRUEBA1	

Cancelar Recalcular Seleccionar Anteriores Aceptar + Imprimir Aceptar + Informe Aceptar

## ANEXO 8: Formulario Expulsivo (SELENE)

Nueva Toma - Expulsivo y Alumbramiento - PRUEBA PRUEBA, PRUEBA - prueba\_descripcion - 03/06/2 - Windows Internet Explorer pro

**Nueva Toma - Expulsivo y Alumbramiento - 500006 - PRUEBA PRUEBA, PRUEBA**  
**IBUPROFENO - PENICILINA - ANCHOAS (es alérgico al ibuprofeno. )**

Fecha Toma: 07/06/2016 Hora Toma: 09:17:40 h:mm:ss Recálculo Automático

**PARTO**

Fecha y hora del parto (horas): dd/mm/yyyy h:mm

Tipo de Parto:

Indicación instrumental parto-cesárea:

Tipo de anestesia:

Episiotomía:

Desgarro:

Sutura desgarro III-IV:

Tacto rectal:

Sondaje vesical:

Taponamiento vaginal:

Parto Atendido por ginecólogo:

Otros (especificar):

Parto atendido por matrona:

Otros (especificar):

Auxiliar de enfermería en partorio:

Otros (especificar):

**ALUMBRAMIENTO**

Tipo de alumbramiento:

Minutos hasta el alumbramiento (min):

Placenta:

Circular de cordón:

Cancelar Recalcular Seleccionar Anteriores Aceptar Imprimir Aceptar

7-6-2016 // 9:17:41 Lopez - Eva Perez Martinez (Matrona) Hospital de Fuenlabrada Complete los datos siguientes

Nueva Toma - Expulsivo y Alumbramiento - PRUEBA PRUEBA, PRUEBA - prueba\_descripcion - 03/06/2 - Windows Internet Explorer pro

**Nueva Toma - Expulsivo y Alumbramiento - 500006 - PRUEBA PRUEBA, PRUEBA**  
**IBUPROFENO - PENICILINA - ANCHOAS (es alérgico al ibuprofeno. )**

Fecha Toma: 07/06/2016 Hora Toma: 09:17:40 h:mm:ss Recálculo Automático

Observaciones parto-alumbramiento:

**RECEN MACIDO**

Sexo:

Vitalidad:

Apgar 1 minuto:

Apgar 5 minutos:

Tipo de reanimación:

Riesgo infeccioso:

Ph Art. Umbilical:

Ph venoso umbilical:

Excesos de bases:

Fecha y Hora Amniorraxis:

Horas de bolsa rota (%):

Malformaciones fetales aparentes:

Traslado Neonatal a:

**POSTPARTO**

Promoción vínculo:

Hemorragia postparto:

Tratamiento hemorragia con: Oxitocina:

Cancelar Recalcular Seleccionar Anteriores Aceptar Imprimir Aceptar

Inicio Lanzador HUP Complete los datos si... Sele - Windows Int... Document1 - Complete los datos siguientes

## ANEXO 9: Formulario Puerperio Inmediato (SELENE)

Nueva Toma - Puerperio Inmediato - PRUEBA PRUEBA, PRUEBA - prueba\_descripcion - 03/06/2014 - Windows Internet Explorer provid

**Nueva Toma - Puerperio Inmediato - 500006 - PRUEBA PRUEBA, PRUEBA**  
**IBUPROFENO - PENICILINA - ANCHOAS (es alérgico al ibuprofeno. )**

Fecha Toma: 07/06/2016 Hora Toma: 09:18:46 hnummss Recálculo Automático

Madre: [Tab 1] [Tab 2]

Micción Espontánea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si	23/06/2004 16:06
Vaciamiento Vesical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	No	23/06/2004 16:06
Útero contraído	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	No	23/06/2004 16:06
Masaje Uterino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Moderada	23/06/2004 16:06
Hemorragia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Hematoma Vaginal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Dolor (indet)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	dolor en FFR	02/06/2016 10:55
T (°C)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	38.0	03/04/2016 10:55
TAS (mm Hg)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	120	03/04/2016 10:55
TAD (mm Hg)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	70	03/04/2016 10:55
FC (l.p.m.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	100	03/04/2016 10:55
Aspecto vulva y periné	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Observaciones puerperio inmediato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

Cancelar Recalcular Seleccionar Anteriores Aceptar Imprimir Aceptar

7-6-2016 // 9:18:49 Lopez - Eva Perez Martinez (Matrona) Hospital de Fuenlabrada Complete los datos siguientes

Nueva Toma - Puerperio Inmediato - PRUEBA PRUEBA, PRUEBA - prueba\_descripcion - 03/06/2014 - Windows Internet Explorer provid

**Nueva Toma - Puerperio Inmediato - 500006 - PRUEBA PRUEBA, PRUEBA**  
**IBUPROFENO - PENICILINA - ANCHOAS (es alérgico al ibuprofeno. )**

Fecha Toma: 07/06/2016 Hora Toma: 09:18:46 hnummss Recálculo Automático

Madre: [Tab 1] [Tab 2]

Apoyo a la lactancia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	un bocadoillo	31/01/2007 13:53
Ingesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Aseo Personal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Ritmo en periné	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	No	31/01/2007 13:53
Educación sanitaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	No	05/02/2015 10:50
Retirada Vía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Fomento Vínculo madre-padre-hijo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Cuidados a la adaptación RI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Otros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Traslado Materno a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Habitación materna	16/10/2015 13:28
Traslado RI a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Las habituales	30/05/2013 12:11
Recomendaciones para Planta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Otros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

Cancelar Recalcular Seleccionar Anteriores Aceptar Imprimir Aceptar

Inicio Lanzador HUP Complete los datos si... Sele - Windows Int... Document1 - Complete los datos siguientes

## ANEXO 10: Cuestionario de Satisfacción

Mi nombre es....., matrona del HUF, el motivo de esta llamada es solicitar su consentimiento para la realización de una encuesta telefónica para un estudio de investigación que se está realizando en el Hospital Universitario de Fuenlabrada, centro en el que usted ha dado a luz recientemente y nos gustaría conocer su satisfacción en relación a la atención que recibió durante su estancia en la unidad de hospitalización obstétrica durante los dos días siguientes al parto.

- ¿Tiene 5 minutos ahora o prefiere que la llame en otro momento?
- El objetivo del estudio en el que va usted a participar es conocer su satisfacción en relación a la atención recibida durante su estancia en la unidad de hospitalización obstétrica durante el posparto, y el cuestionario es totalmente anónimo.
- ¿Me da su consentimiento para comenzar la encuesta?
- ¿Tiene usted alguna duda que quiera que le resuelva antes de comenzar con la encuesta?
- Si en cualquier momento usted desea dejar de hacer el cuestionario, solo tiene que indicármelo sin ningún compromiso por su parte.
- ¿Le parece que comencemos?

A continuación se presentan una serie de cuestiones relacionadas con su experiencia durante la hospitalización en la unidad de puerperio del Hospital Universitario de Fuenlabrada.

Responda cada una de las preguntas dando una puntuación que puede ir desde 1 (Nada satisfecha) a 5 (Totalmente satisfecha).

1	2	3	4	5
Nada satisfecha	Poco satisfecha	Satisfecha	Bastante satisfecha	Totalmente satisfecha



1. Valore en qué medida se encuentra satisfecha con la identificación de los profesionales que le atendieron durante su estancia en la Unidad de hospitalización.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. Valore el trato recibido por parte del personal que le atendió.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. Valore como resolvió sus dudas el personal que le atendió.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. Valore la información recibida sobre cuidados al alta.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. Valore la información recibida sobre lactancia materna.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. Valore la información recibida sobre signos y síntomas de alarma por los que acudir a urgencias.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. Valore de forma global la atención recibida durante el posparto.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. Por último, elija una sola opción ¿Recomendaría usted este Hospital a personas conocidas?

SÍ/NO

**ANEXO 11: Resolución CEIC y Dirección del Centro**

Hospital Universitario  
de Fuenlabrada



Camino del Molino, 2  
28942 FUENLABRADA – MADRID (ESPAÑA)

**Comité Ético de Investigación Clínica**

14-06

D. Álvaro Páez Borda, Presidente del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario de Fuenlabrada.

**CERTIFICA:**

Que el Proyecto de Investigación con el título **“Relación entre la atención exclusiva de la matrona al puerperio de bajo riesgo y el número de mujeres que acuden a la urgencia de obstetricia por complicaciones posparto”** cuyo Investigador Principal es D<sup>a</sup>. **Eva Pérez Martínez**, **NO NECESITA** la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica, dada la naturaleza de dicha investigación en la que no se compromete ni se vulnera la legislación vigente en lo referido a la ética de la investigación.

Fuenlabrada, 03 de febrero de 2014.



Firmado: D. Álvaro Páez Borda  
Presidente del CEIC



Hospital Universitario  
de Fuenlabrada



Fuenlabrada a 20 de febrero de 2014

Manuel De la Puente Andres, Director Gerente del Ente Público Hospital Universitario de Fuenlabrada, como órgano responsable del Fichero de Historias Clínicas existente en el citado Centro e inscrito en la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid, ahora responsabilidad de la Agencia Española de Protección de Datos, con el código 2051390014 con fecha 19 de mayo de 2005, vista la solicitud que formula D<sup>a</sup>. **Eva Pérez Martínez como investigadora principal** y **D. Diego Velasco Vázquez y D<sup>a</sup>. Concepción Sanz Díaz como investigadores colaboradores**, trabajadores todos ellos de este Ente Público en la categoría de Titulado Medio Especialista responsables del estudio EC 712, relativo al estudio "Relación entre la atención exclusiva de la matrona al puerperio de bajo riesgo y el número de mujeres que acuden a la urgencia de obstetricia por complicaciones postparto", **MANIFIESTA**

**Primero.-** Que esta Gerencia ha sido adecuadamente informada del estudio identificado en la cabecera del presente escrito, constando en el protocolo del mismo que además cuenta con la aprobación por el CEIC. En el protocolo presentado se indica todo lo relativo a la confidencialidad de la información, la disociación de datos y el consentimiento de los pacientes, además de fijar las normas reguladoras de tales aspectos.

**Segundo.-** Que este tipo de estudios redunda en beneficio de las estrategias del Ente Público orientadas a la mejora de la solvencia técnico científica tanto de sus profesionales como de su cartera de servicios y es coherente con la línea iniciada en este Hospital relacionada con el desarrollo de competencias por parte de matronas.

Por lo expuesto, esta Gerencia,

#### RESUELVE

**AUTORIZAR a los solicitantes** el acceso a las historias clínicas de los pacientes del Ente Público que cumplan el criterio de "muestra" del estudio. Todo cuanto se resuelve en el lugar y fecha que figura en el encabezamiento para su entrega al solicitante, adjuntando documento/propuesta de consentimiento para entregar a los pacientes/muestra y debida constancia en el Documento de Seguridad relativo al fichero de historias clínicas del Ente Público.



HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA

## CONFORMIDAD DE LA DIRECCION DEL CENTRO

D. Manuel de la Puente Andrés **Director Gerente del Hospital Universitario de Fuenlabrada** vistos la certificación del Comité Ético de Investigación Clínica y la conformidad del Director de Investigación, Calidad y Docencia,

## MANIFIESTA

Que conoce la propuesta realizada del estudio titulado: “Relación entre la atención exclusiva de la matrona al Puerperio de bajo riesgo y el número de mujeres que acuden a la urgencia de obstetricia por complicaciones posparto” (**EC712**), cuya Investigadora Principal es D<sup>a</sup>. Eva Pérez Martínez, que pertenece al Servicio de Ginecología del Hospital de Fuenlabrada

Que esta de acuerdo con los aspectos económicos del estudio, memoria económica 0.

Que acepta la realización de dicho estudio en este Centro.

Lo que firma en Fuenlabrada, a 14 de febrero de 2014



**D. Manuel de la Puente Andrés**  
**Director Gerente**  
Ente Público Hospital Universitario  
de Fuenlabrada

**ANEXO 12: Abreviaturas**

**AE:** Atención Especializada

**ANECA:** Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación

**AP:** Atención Primaria

**BOE:** Boletín Oficial del Estado

**CCI:** Coeficiente de Correlación Intraclass

**DIU:** Dispositivo Intrauterino

**EAPN:** Estrategia de Atención al Parto Normal

**EMA:** Asociación Europea de Matronas

**FAME:** Federación de Asociaciones de Matronas de España

**HIAN:** Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia

**HUF:** Hospital Universitario de Fuenlabrada

**IC:** Índice de Confianza

**ICM:** International Confederation of Midwives

**IMC:** Índice de Masa Corporal

**INE:** Instituto Nacional de Estadística

**INGESA:** Instituto de Gestión Sanitaria

**IPN:** Iniciativa al Parto Normal

**ITS:** Infecciones de Transmisión Sexual

**LOPS:** Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias

**NNT:** Número Necesario de Pacientes a Tratar

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**OR:** Odds Ratio

**RN:** Recién Nacido

**RR:** Riesgo Relativo

**SEGO:** Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

**ZBS:** Zona Básica de Salud

**ANEXO 13: Figuras y Tablas****FIGURAS**

Figura 1: Promoción de la salud puerperal. (Elaboración propia) .....	35
Figura 2: Estructura sesiones de educación maternal área de influencia HUF. (Elaboración propia) .....	44
Figura 3: Distribución partos simples y múltiples HUF año 2013. Fuente: Unidad de Control de Gestión Hospital Universitario de Fuenlabrada.....	46
Figura 4: Distribución partos/cesáreas Hospital Universitario de Fuenlabrada año 2013. Unidad de Control de Gestión Hospital Universitario de Fuenlabrada .....	47
Figura 5: Área sanitaria única de la Comunidad de Madrid .....	73
Figura 6: Distribución de departamentos dentro del Área de Cuidados de la Mujer	74
Figura 7: Frecuentación a urgencias por grupos de estudio .....	111
Figura 8: Análisis por estratos muestra perteneciente al área del HUF.....	114
Figura 9: Análisis por estratos muestra mujeres de otras áreas .....	115
Figura 10: Análisis por estratos para Gestación Controlada .....	118
Figura 11: Análisis estratificado variable curso de la gestación normal.....	121
Figura 12: Análisis estratificado variable curso de la gestación patológico .....	122
Figura 13: Análisis por estratos de la variable primípara Sí.....	124
Figura 14: Análisis por estratos de la variable primípara NO .....	125
Figura 15: Tabla de frecuencias Sonda Vesical Sí .....	128
Figura 16: Tabla de frecuencias Sonda Vesical NO .....	128
Figura 17: Análisis estratificado realización de episiotomía.....	132
Figura 18: Análisis estratificado desgarros perineales .....	133
Figura 19: Análisis estratificado variable sutura Sí .....	136
Figura 20: Análisis estratificado variable sutura NO.....	136
Figura 21: Análisis estratificado RN varón .....	139
Figura 22: Análisis estratificado RN mujer .....	140
Figura 23: Promoción del Vínculo Sí analizado por estratos .....	142
Figura 24: Promoción del Vínculo NO analizado por estratos.....	143
Figura 25: Análisis estratificado traslado neonato a habitación materna.....	146
Figura 26: Análisis estratificado traslado recién nacido al servicio de neonatos .....	146



Figura 27: Análisis lactancia precoz SÍ .....	150
Figura 28: Análisis Lactancia precoz NO .....	151
Figura 29: Tabla de frecuencias lactancia materna SÍ .....	152
Figura 30: Tabla de frecuencias lactancia materna NO .....	153
Figura 31: Puerperio inmediato normal analizado por estratos.....	155
Figura 32: Puerperio inmediato patológico analizado por estratos.....	156
Figura 33: Análisis estratificado evolución puerperal normal.....	159
Figura 34: Análisis estratificado evolución puerperal patológica.....	160
Figura 35: Análisis por estratos casos con alta precoz.....	163
Figura 36: Análisis por estratos casos alta precoz NO.....	163

## TABLAS

Tabla 1: Porcentajes cesáreas por año HUF .....	47
Tabla 2: Test de Bishop .....	50
Tabla 3: Modificaciones en la distribución de los RRHH tras la puesta en marcha de la nueva intervención .....	75
Tabla 4: Muestras encuesta telefónica.....	80
Tabla 5: Criterios de selección de las muestras de la encuesta.....	81
Tabla 6: Fiabilidad Test-retest.....	84
Tabla 7: Valoración de la Concordancia según los valores del CCI (Fleiss, 1986).....	84
Tabla 8: Valor de Kappa para interpretar la fuerza de la concordancia (Altman, 1991) .....	85
Tabla 9: Grupos de estudio para la evaluación de la frecuentación a urgencias .....	87
Tabla 10: Criterios de inclusión para la evaluación de la frecuentación a urgencias .	89
Tabla 11: Criterios de exclusión para la evaluación de la frecuentación a urgencias	90
Tabla 12: Relación de variables estudiadas para el análisis la frecuentación a urgencias.....	91
Tabla 13: Evaluación de las características de los grupos de estudio encuesta satisfacción.....	103
Tabla 14: Puntuaciones medias .....	104
Tabla 15: Distribución frecuencias de respuesta.....	106

Tabla 16: Distribución frecuencias de mujeres satisfechas con la atención .....	108
Tabla 17: Descriptivo de casos frecuentación a urgencias por complicaciones puerperales .....	110
Tabla 18: Media de edad de las mujeres atendidas en ambos grupos .....	112
Tabla 19: Zonas Básicas de Salud (ZBS) del área de influencia del Hospital de Fuenlabrada .....	113
Tabla 20: Análisis univariado comparando área-zona con cada grupo .....	113
Tabla 21: Análisis comparativo área-zona con visitas a urgencias .....	114
Tabla 22: Odds Ratio ajustada por estratos para área-zona .....	115
Tabla 23: Descriptivo casos para la variable Gestación Controlada .....	116
Tabla 24: Descriptivo tipo de control gestacional .....	117
Tabla 25: Análisis de la variable Gestación Controlada por grupos .....	117
Tabla 26: Comportamiento de la variable Gestación Controlada en relación a las visitas a urgencias .....	118
Tabla 27: Descriptivo casos variable Curso de la Gestación .....	119
Tabla 28: Distribución de la variable Curso de la Gestación por grupos .....	120
Tabla 29: Comparación de la variable Curso de la Gestación con las visitas a urgencias .....	120
Tabla 30: Odds Ratio ajustada por estratos para la variable Curso de la Gestación .....	122
Tabla 31: Descriptivo casos para la variable Primípara .....	123
Tabla 32: Análisis univariado comparando la variable Primípara por grupos .....	123
Tabla 33: Comparación de la variable Primípara con las visitas a urgencias .....	124
Tabla 34: Odds ajustada por estratos para la variable Primípara .....	125
Tabla 35: Descriptivo casos Sondaje Vesical .....	126
Tabla 36: Comparación de la variable Sondaje Vesical por grupos .....	127
Tabla 37: Tabla de frecuencias Sondaje Vesical con visitas a urgencias .....	127
Tabla 38: OR ajustada por estratos para Sondaje Vesical .....	129
Tabla 39: Descriptivo casos Desgarro Perineal .....	129
Tabla 40: Descriptivo casos Episiotomía	130
Tabla 44: OR ajustada para las variables Episiotomía y Desgarros .....	134
Tabla 45: Descriptivo casos Sutura Perineal .....	134
Tabla 46: Análisis univariado comparando la variable Sutura por grupos .....	135
Tabla 47: Tabla de frecuencias Sutura Perineal .....	135



Tabla 48: OR ajustada por estratos variable Sutura .....	137
Tabla 49: Descriptivo casos variable Sexo del Recién Nacido .....	138
Tabla 50: Comparación de la variable Sexo del Recién Nacido por grupos.....	138
Tabla 51: Comportamiento de la variable Sexo RN en relación a las visitas a urgencias .....	138
Tabla 52: OR ajustada para la variable Sexo del Recién Nacido .....	140
Tabla 53: Descriptivo casos Promoción Vínculo Materno Filial.....	141
Tabla 54: Promoción del Vínculo comparado por grupos .....	141
Tabla 55: Análisis Promoción del Vínculo con visitas a urgencias .....	142
Tabla 56: OR ajustada por estratos para la variable Vínculo Materno Filial .....	143
Tabla 57: Descriptivo casos Traslado Neonatal .....	144
Tabla 58: Análisis univariado comparando la variable Traslado Neonato por grupos .....	145
Tabla 59: Comparación de la variable Traslado Neonato con las visitas a urgencias .....	145
Tabla 60: Odds Ratio ajustada por estratos para la variable Traslado Neonato .....	147
Tabla 61: Lactancia materna. Descriptivo casos .....	147
Tabla 62: Lactancia Precoz. Descriptivo casos .....	148
Tabla 63: Tipo de lactancia al alta.....	148
Tabla 64: Análisis univariado comparando las variables lactancia materna y precoz por grupos.....	149
Tabla 65: Comparación de las variables Lactancia Materna y Precoz con las visitas a urgencias .....	149
Tabla 66: Odds Ratio ajustada por estratos para Lactancia Precoz.....	151
Tabla 67: OR ajustada para la variable Lactancia Materna .....	153
Tabla 68: Descriptivo casos Puerperio Inmediato .....	154
Tabla 69: Análisis variable Puerperio Inmediato por grupos.....	154

Tabla 70: Incidencia visitas a urgencias variable Puerperio Inmediato.....	155
Tabla 71: Descriptivo de casos Evolución Puerperal .....	157
Tabla 72: Descriptivo complicaciones puerperales durante el ingreso.....	158
Tabla 73: Análisis univariado comparando la variable Evolución Puerperal por grupos .....	158
Tabla 74: incidencia visitas a urgencias variable Evolución Puerperal .....	159
Tabla 75: Descriptivo casos para la variable Alta Precoz.....	161
Tabla 76: Análisis de la variable Alta Precoz por grupos de estudio .....	161
Tabla 77: Comportamiento de la variable Alta Precoz en relación a las visitas a urgencias.....	162